

Manejo del trastorno depresivo mayor

Centro de Salud Rafalafena

Beatriz Sánchez-Peral Sánchez (Médico de Familia).

Índice

	Pg.
1.- Definición y clasificación	3
2.- Criterios diagnósticos	4
3.- Valoración inicial	8
4.- Tratamiento	11
5.- Seguimiento	15
6.- Cuando derivar	16
7.- Bibliografía	17
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 2-A	
Anexo 2-B	

1.- Definición y clasificación

- Definición

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

- Clasificación

> Trastornos bipolares:

Bipolar I: episodio maniaco seguido de episodio depresivo mayor.

Bipolar II: episodio depresivo mayor seguido de episodio hipomaniaco.

Ciclotímico: al menos 2 años de periodos con síntomas maniacos, sin llegar a cumplir criterios de manía, y periodos con síntomas depresivos, sin llegar a cumplir criterios de depresión.

Trastorno bipolar no especificado

> Trastornos depresivos:

Trastorno depresivo mayor:

a. Episodio único

b. Recurrente

Trastorno distímico: alteración del estado del ánimo durante dos años, sin cumplir criterios de depresión.

Trastorno depresivo no especificado

2.- Diagnóstico

En primer lugar, podemos aplicar como screening previo a los criterios DSM-IV estas dos preguntas:

- ¿En el último mes, a menudo ha sido incomodado por sentimientos de tristeza, desesperanza o pesimismo?
- ¿En el último mes, se ha sentido molesto por la falta de interés o placer a la hora de hacer cosas?

En caso de respuestas afirmativas a ambas preguntas, sería conveniente valorar la presencia de los criterios DSM-IV en el paciente en cuestión.

Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo mayor según DSM-IV

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser uno de los dos primeros.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastorno depresivo mayor recurrente:

Aparece un segundo episodio de depresión, separado por no menos de 2 meses.

Criterios diagnósticos generales de trastorno distímico según DSM-IV

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad .

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

3.- Valoración inicial

- Tendremos en cuenta factores de riesgo que puedan haber desencadenado la depresión o puedan prolongarla o modificar su intensidad:

- Antecedentes familiares de depresión.
- Rasgos de depresión neurótica.
- Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, etc.)
- Enfermedades endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, -síndrome de Cushing, etc.)
- Migraña
- Trastornos de ansiedad
- Consumo de alcohol y tabaco
- Enfermedades cardíacas
- Pobreza
- Estrés crónico
- Otras enfermedades crónicas (tanto físicas como mentales)

- Deberemos llevar a cabo un diagnóstico diferencial con enfermedades endocrinas (trastornos tiroideos, hiper o hipocortisolismo, porfiria aguda intermitente o variegata, etc.), enfermedades autoinmunes (LES, AR, etc.), trastornos neurológicos (parkinson, demencias, etc.), fármacos (corticoides, estrógenos, b-bloqueantes) y tóxicos (Pb, Hg, Bi, etc.)

- Evaluaremos la gravedad de la depresión, para establecer el tratamiento adecuado y/o la derivación al psiquiatra:

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome somático

Según estos criterios, podemos clasificarlo en:

- **Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo

psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Valoración del riesgo de suicidio:

Debe valorarse en todo caso, y tendremos en cuenta los posibles planes que el paciente tenga en mente, o los deseos expresados a sus allegados, antes que la intensidad de su tristeza.

- Factores de riesgo de suicidio:

- Antecedentes de intentos de suicidio previos.
- Antecedentes de suicidio en la familia
- Comorbilidad en el Eje II (diagnóstico por ejes de DSM-IV): T. límite personalidad.
- Impulsividad.
- Desesperanza.
- Eventos vitales tempranos traumáticos.
- Estrés vital.
- Bajo apoyo social-pareja.
- Sexo masculino.
- Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas.

Algoritmo del manejo del paciente con trastorno depresivo mayor/distimia (anexo 1)

4.- Tratamiento

Como norma general, tratar con farmacoterapia y psicoterapia, tanto la distimia como la depresión leve, mientras que, la depresión moderada o grave, puede tratarse con fármacos simplemente, ya que la psicoterapia no ha demostrado mejorar el curso de la enfermedad.

- Farmacoterapia:

Si el paciente tuvo un episodio previo, y fue adecuadamente controlado, utilizar el mismo fármaco de entrada. Preguntar al paciente, en el caso de haber sido llevado por otro médico.

Principales antidepresivos comercializados en España.

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
<u>Amitriptilina</u>	ADT	50-200 mg	Dos o tres veces/día	
<u>Clomipramina</u>	ADT	100-150 mg	Varias veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS.
<u>Imipramina</u>	ADT	50-200 mg	Varias veces/día	
<u>Nortriptilina</u>	ADT	75-100 mg. Hasta 150 mg en hospitalizados	Varias veces/día	
<u>Maprotilina</u>	Relación con ADT	25-150 mg	Una o varias veces/día	
<u>Trazodona</u>	Relación con ADT	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Más sedación, hipotensión postural y nauseas.
<u>Mianserina</u>	Relación con ADT	30-200 mg	Una o varias veces/día	Más somnolencia que otros ADT. Útil en tratamientos combinados.
<u>Citalopram</u>	ISRS	20-60 mg	Una vez/día	Nauseas, boca seca, sudoración y temblor. Menos abandonos.
<u>Escitalopram</u>	ISRS	10-20 mg	Una vez/día	
<u>Fluoxetina</u>	ISRS	20 mg-60 mg	Cada 12-	Más sudoración,

		90 mg (semanal)	24/horas o una vez/ semana	náusea y pérdida de peso.
<u>Fluvoxamina</u>	ISRS	100-300 mg	Una o dos veces/día	Nauseas, nerviosismo y sudoración.
<u>Paroxetina</u>	ISRS	20-50 mg	Una vez/día	Aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación.
<u>Sertralina</u>	ISRS	50-200 mg	Una vez/día	Más diarrea que resto del grupo.
<u>Bupropion</u>	ISRND, otros	150-300 mg	Una vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso.
<u>Duloxetina</u>	ISRSN	60 mg	Una vez/día	Sin estudios de prevención de recaídas (6 meses).
<u>Mirtazapina</u>	ISRSN, otros	15-45 mg	Una vez/día	Respuesta más rápida, mayor aumento de peso.
<u>Reboxetina</u>	ISRSN	8-12 mg	Varias veces/día	Síntomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
<u>Venlafaxina</u>	ISRSN	75-325 mg 75-225 mg (retard)	Varias veces/día o cada 24 horas (retard)	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.

· Los ISRS son los fármacos de primera elección, por su mejor tolerancia, menor tasa de abandono y misma eficacia que otros antidepresivos. El citalopram sería el indicado, en principio, por sus menores efectos secundarios respecto al resto del grupo y menor tasa de abandonos.

Citalopram: Útil en polimedicados por la baja incidencia de interacciones.

Fluoxetina: Provoca ansiedad, administrar ansiolíticos si precisa.

Fluvoxamina: Efecto sedante más pronunciado que el resto.

Paroxetina: 20-30 mg/día y hasta 50 mg/día. Aumento de peso y des gana sexual.

Sertralina: 50-100 mg/día ya hasta 200 mg/día. Alcanzar dosis recomendada a los 8-10 días, para disminuir síntomas digestivos.

· Manejo de los ISRS:

Dar dosis plenas, independientemente de la levedad de los síntomas, esperando sus efectos al menos 4-6 semanas, aunque, la mejoría clínica puede verse incluso en los primeros 10 días.

Se considera como ineficaz, si tras 6 semanas de tratamiento no se ha producido mejoría clínica del cuadro, entonces, debe retirarse el actual y repetir el proceso con otro ISRS.

En caso de ser eficaz, el ISRS debe mantenerse hasta 6 meses después de desaparecer la clínica, 12 meses si hay un episodio previo, o 24 meses si hay dos o más episodios previos; debe ser retirado, paulatinamente, en 2 semanas.

· Los ISRSN se consideran tratamiento de segunda elección, aunque la venlafaxina estaría indicada para el tratamiento de depresión con ansiedad, con los controles adecuados (valorar según paciente, debido a la necesidad de control estrecho).

- Psicoterapia:

Se da en combinación con farmacoterapia en distimia y depresión leve. Se puede dar también en grave o moderada, aunque es difícil demostrar su eficacia.

Terapia cognitivo-conductual: 6-8 sesiones durante 10-12 semanas.

Terapia interpersonal: en caso de que se considere sus relaciones interpersonales como uno de los desencadenantes del trastorno.

Terapia psicoanalítica: en caso de considerar problemas derivados de su personalidad, como relevantes en el sufrimiento del paciente.

En todo caso, la psicoterapia, solo es efectiva llevada a cabo por profesionales debidamente preparados, por lo que, en caso de no tener acceso a estos en el Centro de Salud, deberemos obviarla durante el tratamiento.

Algoritmo del tratamiento del paciente con trastorno depresivo mayor/distimia (anexo 2)

5.- Seguimiento

En caso de distimia, depresión leve o moderada, el paciente debe ser valorado cada dos semanas durante las 6 primeras semanas, hasta comprobar la efectividad del tratamiento, posteriormente, se pueden espaciar las consultas a 2-3 meses.

En caso de depresión moderada, con comorbilidad o múltiples factores de riesgo, o depresión grave, el paciente deberá ser valorado cada 7-8 días, durante las 6 primeras semanas, hasta comprobar la efectividad del tratamiento.

6.- Cuando derivar:

Al psiquiatra:

- Siempre que se tenga dudas en el diagnóstico.
- Depresión resistente al tratamiento: si en 12 semanas no hay respuesta a dos ISRS a dosis suficiente.
- En caso de depresión grave o paciente con ideas suicidas, bipolaridad o comorbilidad (alcoholismo, drogadicción, trastornos alimentarios). Depresión moderada con apoyo familiar escaso.

A urgencias:

- Siempre que exista riesgo suicida y no pueda ser controlado.

7.- Bibliografía

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/index.html>

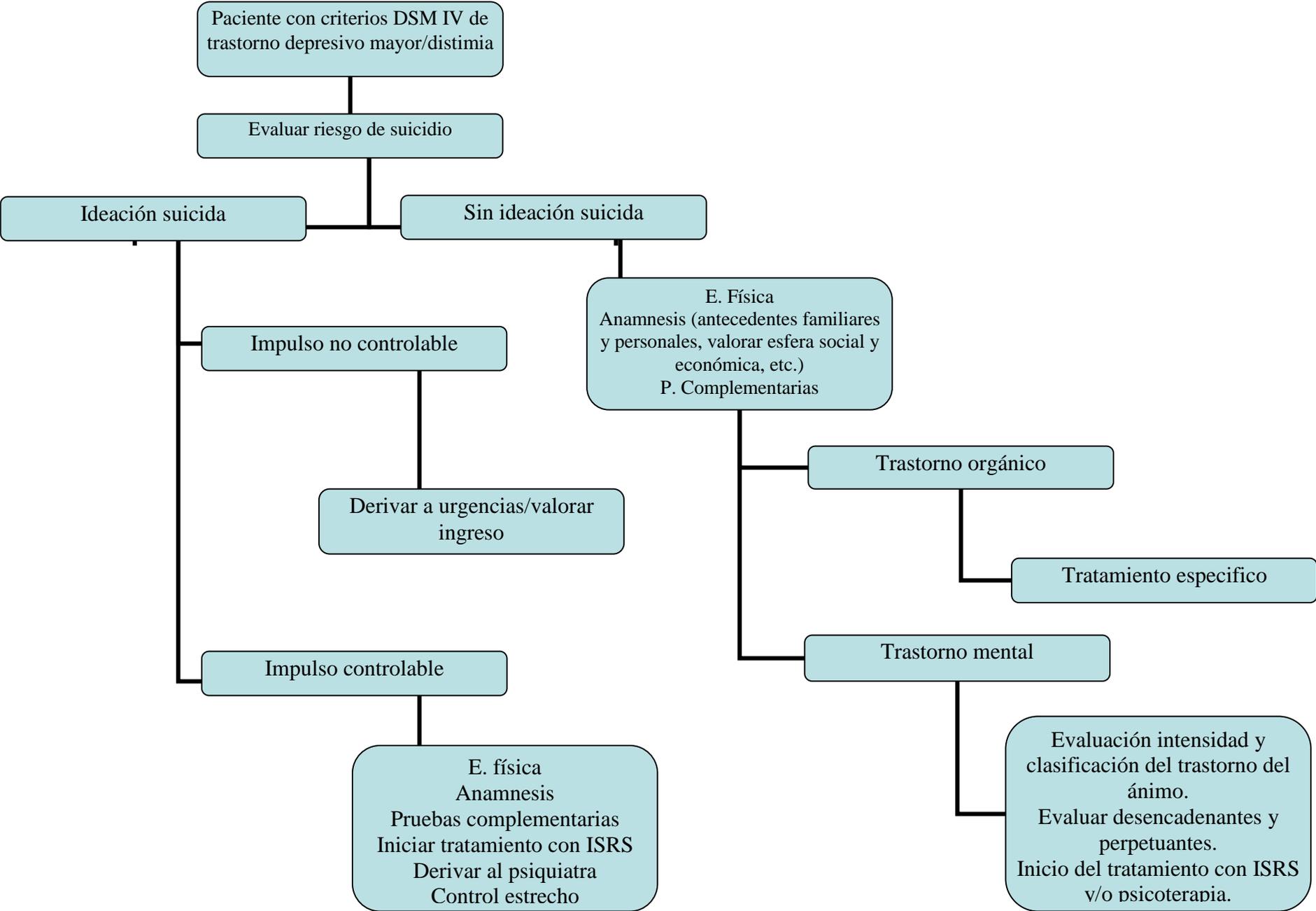
<http://www.psiquiatrialdia.com/eWebs/GetContenedor.do?id=198731>

<http://www.semergen.es/semergen2/cda/nav/03/03110.jsp?groupid=1&categoryid=0>

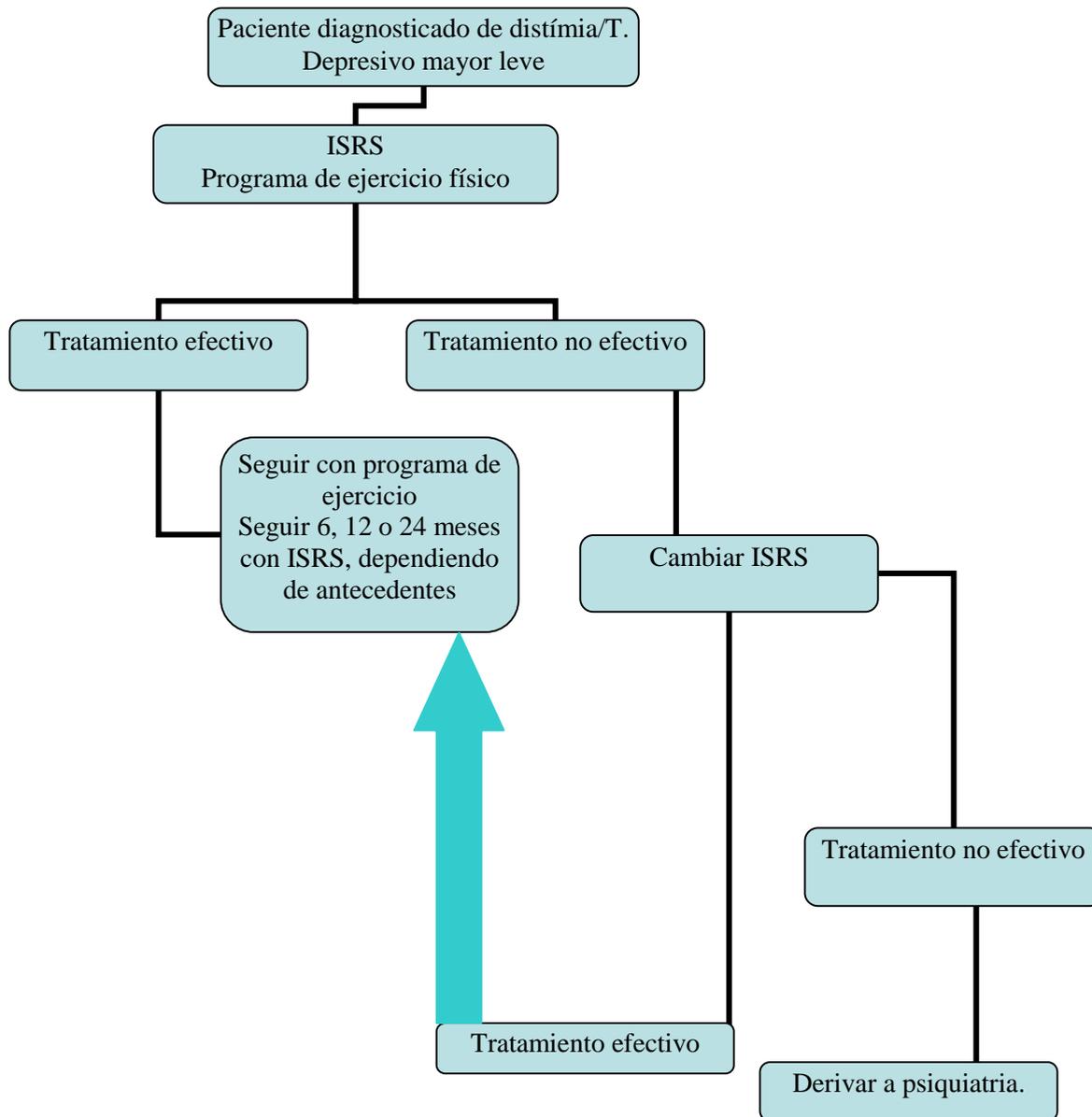
<http://www.fisterra.com/>

Cliniguia 2009 Pag. 810-812

Anexo 1: Algoritmo del manejo del paciente con criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor/distimia



Anexo 2-A: Tratamiento del trastorno depresivo mayor leve/distimia.



Anexo 2-B: Tratamiento del trastorno depresivo mayor moderado.

