

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN FEMI 2010.

La depresión constituye uno de los problemas de salud más frecuentes, discapacitantes y costosos en términos sociales y económicos.

Es un problema afectivo que perturba transitoria o crónicamente la vida de las personas.

Se puede expresar en forma de síntomas, síndrome o trastorno según la magnitud, severidad y duración de los síntomas.

Debe diferenciarse de la tristeza, que es una respuesta emocional normal a la experiencia objetiva y subjetiva de pérdida.

La depresión afecta la vida afectiva, cognitiva, conductual, y somática de la persona.

Los síntomas depresivos pueden presentarse en diferentes trastornos, formar parte de otra patología mental o una enfermedad médica.

Los síntomas depresivos pueden presentarse en diferentes trastornos, formar parte de otra patología mental o una enfermedad médica.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

En nuestro país hay un notorio subregistro de datos.

La depresión mayor se presenta entre un 7 a un 12% de la población en general. En el primer nivel de asistencia la consulta de pacientes con síntomas depresivos sería de un 25%.

Podemos hablar en rasgos generales, que entre un 10 y un 40% de los pacientes depresivos reciben un tratamiento adecuado.

Un 60% de los pacientes recae antes de los cinco años.

CUADRO CLÍNICO

SINTOMAS AFECTIVOS:

- Humor: desánimo, abatimiento, pérdida del impulso vital, desinterés
- Distanciamiento afectivo o hiperemotividad, llanto frecuente.
- Anhedonia, disminución del interés en actividades placenteras (aislamiento de pares y abandono las actividades extracurriculares en niños y adolescentes)
- Apatía, abulia
- Pérdida de la perspectiva de futuro, sobrevaloración del pasado, desvalorización del presente, pesimismo, desesperación.
- Ansiedad, miedo, vivencias hipocondríacas, (quejas somáticas).

DEL PENSAMIENTO Y EL LENGUAJE

- Inhibición de todos los procesos psíquicos (ideación, razonamiento, asociación de ideas, atención y otras). En niños y adolescentes se puede asociar a descenso del rendimiento escolar.
- Enlentecimiento del pensamiento, bradipsiquia, torpeza mental
- Pobreza de la comunicación y lenguaje disminuido y ocasionalmente enlentecido.

- A nivel Cognitivo se encuentran disminución de la atención y de la memoria reciente, pérdida de la capacidad de planificar. En ancianos puede presentarse como un pseudo deterioro cognitivo.
- Ideas o ideación suicida.

DE LA CONDUCTA

- Inhibición psicomotriz; puede llegar al estupor. Eventualmente inquietud si hay ansiedad acompañante
- Psicomotilidad: lentificación, inhibición, inmovilidad, ausencia de gestos, falta de impulso a la actividad, llanto.
- Dificultad en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana e higiene y cuidado personal.
- Retraimiento social, tendencia al aislamiento, desvitalización de los actos
- Riesgo de conducta suicida, intentos de autoeliminación.
- Heteroagresividad e irritabilidad en niños y adolescentes.

SOMATICOS:

- Anorexia, adelgazamiento, algunos episodios de depresión cursan con hiperorexia
- Sueño-vigilia (insomnio con despertar precoz, hipersomnía)
- Disminución de la libido,
- Empeoramiento de la clínica en general en la mañana.
- Agitación en la tercera edad-
- Estacional: recaídas en primavera y otoño.
- Astenia.
- Cefaleas.
- Pérdida del apetito y/o peso.
- Vértigos.
- Sequedad de la boca, estreñimiento.
- Opresión precordial

LOS SINTOMAS DEBENTENER UNA DURACION DE AL MENOS 2 SEMANAS

ETIOLOGIAS:

- Generalmente multifactorial.
- El componente neurobiológico es muy importante. Se han detectado trastornos en los sistemas de neurotransmisión vinculados a la serotonina, noradrenalina y dopamina, conformando la vulnerabilidad al trastorno.
- Factores psicosociales: pérdidas, duelos patológicos, factores estresantes agudos y crónicos, violencia doméstica, social, abuso sexual, otros.
- De acuerdo a situaciones vinculadas al tránsito por las diferentes etapas vitales (adolescencia, menopausia, envejecimiento, etc.)
- Debido a enfermedades médicas: hipotiroidismo, neoplasias, VIH, enfermedades terminales o invalidantes, otras.
- Debido a uso de sustancias psicoactivas.
- Debido al uso de farmacos.

INTERVENCION

OBJETIVOS:

a- Hacia los usuarios.

- Detección precoz de los síndromes o trastornos depresivos.
- Oferta de tratamientos oportunos y adecuados.
- Reducción del tiempo de evolución de los síndromes depresivos.
- Reducción de las consecuencias negativas y complicaciones de los síndromes/ trastornos depresivos.
- Implementación de acciones de Promoción y Prevención

b- Hacia las familias

Apoyo emocional y psicoeducativo a la familia tendiente a:

- Mejorar la capacidad familiar de acompañamiento y respuesta al síndrome o trastorno.
- Disminuir el sufrimiento o conflictiva que la alteración produce a nivel individual y grupal.

c- Hacia el equipo de salud.

- Fomentar el abordaje interdisciplinario.
- Lograr la flexibilidad y enfoque personal de cada usuario y su entorno.
- Aumentar la seguridad del equipo en el manejo de los estados depresivos.
- Mejorar la capacidad del equipo para el alcance de un vínculo empático con el usuario y la familia.
- Propiciar un encuentro continentador que facilite la confianza y adhesión al tratamiento

FACTORES DE RIESGO.

- Soledad, aislamiento, separación reciente,
- Pérdidas significativas, pérdida personal-duelo.
- Conflicto familiar.
- Desorganización familiar.
- Situación del Adulto Mayor: aislamiento, victimización, violencia doméstica , inactividad, vínculos conflictivos familiares y sociales
- Fracaso académico y desmoralización estudiantil.
- Déficits de atención.
- Insomnio crónico primario.
- Dolor crónico.
- Problemas en la comunicación.
- Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes.
- Uso excesivo de sustancias.
- Exposición a la agresión, violencia y trauma.
- Embarazos tempranos.
- Puerperio
- Enfermedad médica.
- Vulnerabilidad por trastornos psiquiátricos
- Vulnerabilidad por trastorno de la personalidad
- Inmadurez y descontrol emocional
- Enfermedad mental de los padres
- Abuso de sustancias por parte de los padres.
- Vulnerabilidad social.
- Complicaciones peri natales.
- Habilidades y hábitos laborales deficientes
- Situaciones dependientes de la migración.
- Antecedentes familiares de Depresión o Trastorno Bipolar.

FACTORES DE PROTECCION.

- Capacidad para afrontar situaciones estresantes y adversas.
- Autonomía.
- Estimulación cognitivo - afectiva temprana.
- Autoestima adecuada
- Alfabetización
- Apego positivo y lazos afectivos tempranos.
- Interacción positiva entre padres e hijos.
- Habilidades de resolución de problemas.
- Integración en actividades culturales, recreativas, deportivas
- Destrezas vitales.
- Destrezas sociales y de manejo de conflictos.
- Crecimiento socio emocional.
- Vínculos significativos
- Adecuada Red de Soporte Social
- Estabilidad y conformidad laboral.

TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN UNIPOLAR O TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR O RECURRENTE

Fase Aguda:	12 a 24 semanas luego de comenzado el tratamientos
Fase de Continuación:	6 a 12 meses
Fase de Mantenimiento:	1 año a mas

Duración y tipo de tratamiento

El tratamiento agudo lo definiremos de acuerdo a dos parámetros:

- a) cronológico. (Debe extenderse como mínimo 12 y 24 semanas)
- b) parámetros clínicos (que implica la exigencia de remisión total para dar por finalizada la etapa aguda)

El tratamiento agudo implica la utilización del antidepresivo de elección en dosis apropiadas (utilizando el rango terapéutico). No deberían esperarse mejorías significativas antes de transcurridas 4 semanas luego de iniciado el tratamiento con un fármaco antidepresivo.

Episodios depresivos graves, comienzo después de los 60 años, larga duración de los episodios, abuso de sustancias, otras enfermedades médicas, distimia, historia familiar de desórdenes afectivos, la duración del tratamiento farmacológico, etc. deberán ser valoradas por el médico psiquiatra en forma particular.

Criterios para el tratamiento psicofarmacológico.

El fármaco que tenga el mejor perfil de eficacia, seguridad y tolerancia debe ser la primera elección tanto en la fase aguda, como a largo plazo.

El manejo farmacológico debe ser cuidadoso y realizado por médicos familiarizados con los fármacos usados.

Elección del antidepresivo

- Si es el primer episodio: un ISRS a dosis mínima eficaz. De no encontrarse la respuesta terapéutica esperada aumentar la dosis hasta llegar a la dosis máxima en un lapso de tiempo de aproximadamente 8 a 10 semanas
- Antecedente personal de buena respuesta a un determinado fármaco
- Antecedente familiar (en primer grado) de buena respuesta a un fármaco.

Selección y ajuste de dosis de antidepresivos-

Para la selección y ajuste de antidepresivos debemos tener en cuenta:

- perfil y efectos secundarios del fármaco
- interacciones farmacológicas
- rango de dosificación requerida
- factores propios del paciente
- dosis inicial debe ser baja aumentándose progresivamente según tolerancia hasta llegar a dosis terapéuticas
- período de latencia: se debe esperar un tiempo que oscila entre 15 y 30 días para obtener el efecto deseado.
- mantener dosis adecuadas durante seis a ocho semanas cuando el estado clínico del paciente admite dicha espera;
- en caso de falta respuesta o de ser esta insuficiente, se procederá al aumento progresivo de las dosis del mismo fármaco sin superarse las dosis – techo establecidas para cada una de ellos

Si aparece al menos uno de los siguientes síntomas:

Negativismo, estupor, catatonía, anorexia marcada con adelgazamiento significativo, ansiedad intensa, insomnio pertinaz, alto riesgo suicida, síntomas psicóticos, no adherencia al tratamiento, ausencia de red de apoyo, deberá pensarse en la posibilidad de hospitalización y eventualmente la realización de electroconvulsiva terapia.

Motivos de derivación al psiquiatra de un paciente con episodio depresivo

- valoración en niños y adolescentes sintomáticos
- antecedentes de episodio depresivo anterior de cualquier tipo, mas aún si fue grave
- riesgo suicida de cualquier tipo
- gravedad del cuadro clínico
- episodio depresivo atípico
- sospecha de trastorno bipolar
- episodio depresivo con síntomas melancólicos
- episodio depresivo con síntomas psicóticos
- episodio depresivo con ansiedad importante
- episodio depresivo que asienta en un trastorno de la personalidad

- episodio depresivo sospechoso de asentar en un proceso esquizofrénico
- no respuesta al tratamiento
- resistencia al tratamiento instituido en el primer nivel
- antecedentes personales de intentos de autoeliminación
- antecedentes familiares de suicidios consumados
- necesidad de tratamientos complejos (incluyendo la psicoterapia)
- diagnóstico incierto
- necesidad de psicoeducación por parte del paciente y/o su familia.

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

Dosis habituales sugeridas en adultos para el tratamiento de episodios depresivos en el PNA.

	Dosis mínima / máxima	Dosis inicial	Horario
Fluoxetina	20 mg - 40 mg	10 mg	matinal
Sertralina	50 mg - 100 mg	25 mg	matinal

Efectos secundarios de los ISRS

- síntomas digestivos
- disfunción sexual
- insomnio
- somnolencia
- nerviosismo
- cefaleas
- agitación
- anorexia
- sudoración
- temblores
- hipomanía o manía en caso de predisposición a trastorno bipolar

Si es necesario asociar benzodiacepinas hacerlo por lapsos de tiempo acotados.

Abordaje Psicológico

Debe elegirse en función de cada paciente y de su capacidad para afrontar la situación y sus posibilidades o no para realizar cambios intra psíquicos.

Depresión secundaria a otras enfermedades médicas

El tratamiento etiológico de la repercusión somática no lleva necesariamente a la resolución de la enfermedad.

Puede preceder a cambios orgánicos o viceversa

Puede coincidir o ser reactiva a la enfermedad orgánica

Mejora con antidepresivos

Valoración por psiquiatra de urgencia frente a:

- riesgo de suicidio u homicidio «piadoso» a seres queridos
- antecedentes personales de intento de suicidio grave
- episodio depresivo grave
- Síntomas psicóticos
- Síntomas catatónicos
- Intenso sufrimiento psíquico

Al inicio:

- no sobrecargar al paciente con exigencias o pedidos de «cambio de actitud»
- promover la aceptación de las vivencias del enfermo
- evitar la autoinculpación y las dificultades interpersonales

Informar a la familia o allegados sobre:

- a) enfermedad y posibilidad de recaídas
- b) la demora habitual en la obtención de la mejoría
- c) la falta de resultados de las actitudes «voluntaristas»
- e) estar atentos frente a desinhibición de conducta en caso de una persona con ideas suicidas.
- explicar los objetivos terapéuticos
- intentar cambiar la percepción que tiene el paciente de si mismo y de la realidad
- instar a posponer la toma de decisiones importantes
- orientación preventiva de nuevos episodios «de entrada»

A medida que el paciente mejora propender a:

- consecución de metas y objetivos sencillos y fáciles para el paciente
- realización de actividades de la vida cotidiana
- realización ejercicio psicofísico moderado
- evitar el aislamiento y la inercia
- no perder los vínculos sociales
- aceptar sus limitaciones y valorar sus fortalezas

Al momento de la remisión

- integración gradual al trabajo
- armonizar la dinámica familiar
- desdramatizar la importancia del trastorno
- enfatizar la importancia del tratamiento
- nueva instancia de psicoeducación con hincapié en la prevención de nuevos episodios

Indicaciones de derivación a policlínica psiquiátrica.

- Valoración de pertinencia y duración del tratamiento.
- Repercusión orgánica (adelgazamiento, anorexia)
- Antecedentes de episodio maníaco-
- Tiempo de inicio del cuadro.
- Antecedentes de cuadros similares anteriores.
- Antecedentes personales y familiares de cuadros depresivos

- Comorbilidad con otra enfermedad y/ o psiquiátrica.
- Cambios significativos en la vida cotidiana.
- Presencia o ausencia de estresores.
- Valoración de red familiar y social.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Siempre solicitar rutinas.
- Exámenes específicos según terreno y edad.
- Exámenes que apunten a descartar diagnósticos diferenciales (perfil tiroideo, etc)
- Exámenes que apunten a la valoración del terreno en vistas al tratamiento.

ALGUNAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES...

- Considerar que la gran mayoría de las depresiones se presentan ante el médico general con síntomas físicos , especialmente dolor (por ejemplo dolor de cabeza, dolor lumbar) y/o fatiga
- A mayor número de síntomas físicos, especialmente aquellos no sistematizables, mayor es la probabilidad de un síndrome depresivo
- Considerar que la co-morbilidad con otras enfermedades médicas (presencia simultánea de varias patologías) no descarta la posibilidad de un síndrome depresivo pero sí dificulta el diagnóstico porque se tiende a atribuir los síntomas al problema médico concomitante
- Interrogar sobre síntomas psicológicos- tristeza, falta de interés o placer, ideas de muerte, etc), especialmente en aquellos pacientes cuyos síntomas físicos no son claramente atribuibles a un problema médico o cuando existen múltiples quejas somáticas.
- Si hay ideas de ruina minusvalía o muerte, interrogar siempre ideación suicida (tener en cuenta que un alto número del pacientes suicidas consultan al médico general en las semanas previas al intento)
- En niños se observa con mayor frecuencia la irritabilidad o quejas sobre aburrimiento, mas que tristeza. Y se debe tener precaución en no confundir irritabilidad con síntomas relacionados a trastornos externalizados o trastorno bipolar.
- Para hacer diagnóstico de depresión en un niño es imprescindible tener entrevistas con el niño y con la familia por separado y tener evaluación escolar.

Criterios diagnósticos para 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.

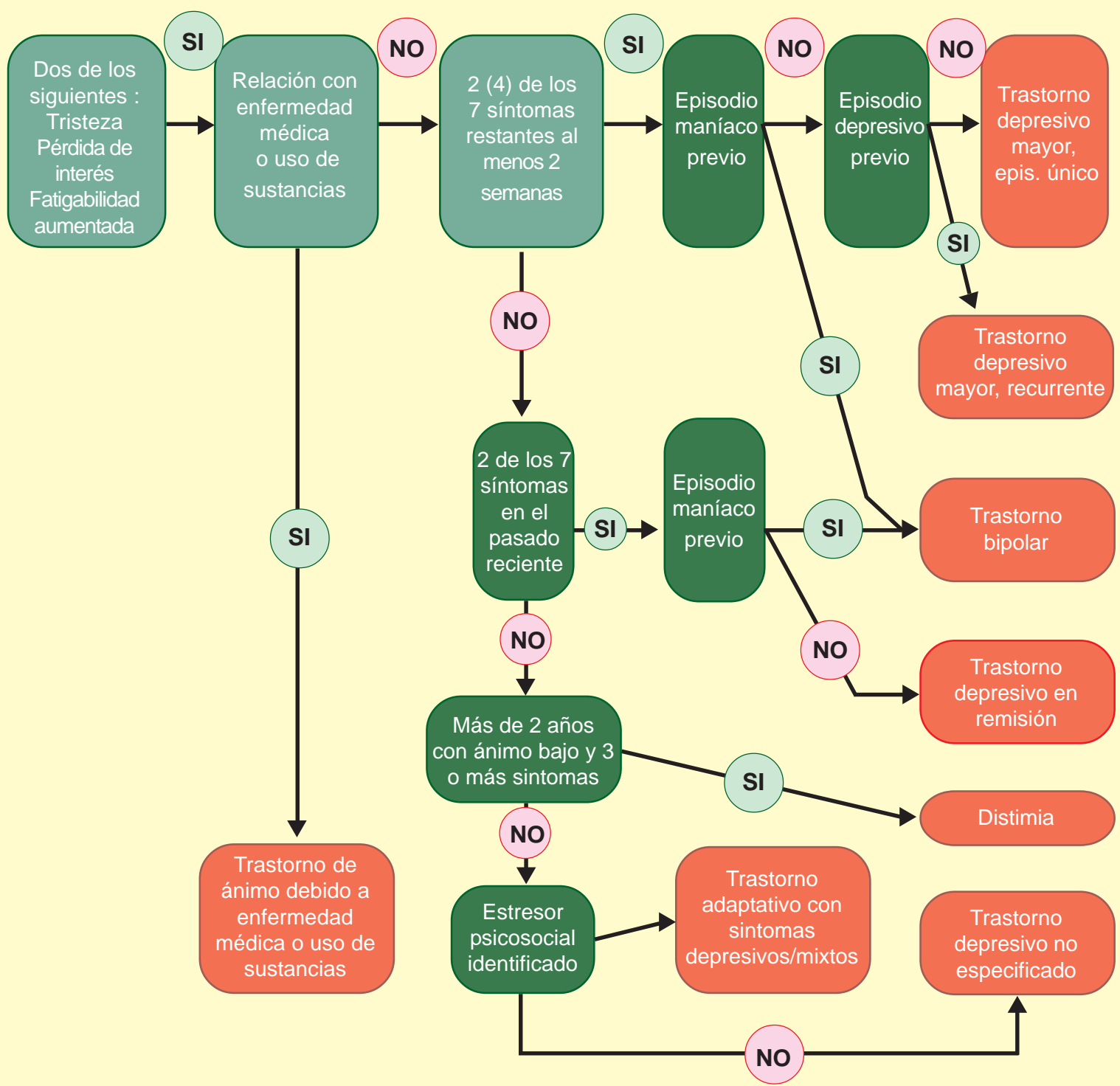
Según estos criterios, podemos clasificarlo:

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.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Basado en algoritmo de «Psiquiatría en Atención Primaria» de Vazquez Barquero, Libros Princeps, Biblioteca Aula Médica.