

DetECCIÓN DE DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: J.A. Emilio Soto Rojas
MIR MFyC.
Hospital Universitario Del Henares

Revista original: Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med. 2019 Feb 7;380(6):559-568. doi: 10.1056/NEJMcp1712493. PMID: 30726688; PMCID: PMC6727965. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727965/pdf/nihms-1032055.pdf>

ABSTRACT

En los últimos años la salud mental, y en especial la depresión, se han convertido en un problema de salud pública. Es de vital importancia para el médico de Atención Primaria ser capaz de valorar, diagnosticar y tratar la depresión.

In recent years, mental health and depression have become a public health issue. It is essential for the Primary Care physician to be able to screen, diagnose and treat depression.

ARTÍCULO

La depresión es un problema de salud pública creciente. En la última década se ha convertido en la tercera causa de incapacidad a nivel mundial. Sumado a esto, la incidencia de suicidio, que se relaciona con la depresión mayor hasta en un 50%, se ha incrementado hasta ser la décima causa de muerte en los Estados Unidos.

La depresión es una entidad clínica con una amplia gama de presentaciones y síntomas. Los criterios extraídos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

Especialidades

Medicina General
Psiquiatría

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresivo mayor
Atención Primaria

KEYWORDS:

Major depressive disorder,
Primary

6.	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7.	Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8.	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9.	Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C.	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Si bien la fisiopatología exacta de la depresión aún es desconocida, la disminución en la función de neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, norepinefrina, dopamina) está implicada y las terapias farmacológicas se basan en la corrección de estos. También debemos mencionar que en los últimos años la neuroplasticidad, definida como los cambios funcionales y estructurales en respuesta del ambiente y experiencias de vida, ha cobrado un papel importante.

Los primeros episodios de un evento depresivo mayor tienen dos picos de incidencia, a los 20 y 50 años. Las mujeres tienen mayor susceptibilidad que los hombres a padecer un episodio depresivo. Existen factores predisponentes (divorcio o separación, episodios depresivos previos, niveles de estrés elevados, historia de trauma, y familiares con episodios depresivos mayores). Los pacientes con comorbilidades como ansiedad, síntomas psicóticos, abuso de sustancias y trastorno límite de la personalidad tienen un peor pronóstico.

El papel del médico de Atención Primaria es de gran importancia, ya que el 60% de los pacientes afectados acuden primero a este medio y el 79% de la prescripción de antidepresivos se realiza por médicos no especialistas en Salud Mental. El 38% de los pacientes que han tenido un intento de suicidio solicitan atención médica la semana previa al intento y hasta un 64% solicitan atención médica en las 4 semanas previas. La mayoría ha visitado previamente un centro de Atención Primaria.

Screening

La Joint Commission ha recomendado realizar un screening de depresión en todos los ámbitos médicos. Existen cuestionarios como el Patient Health Questionnaire y el Ask Suicide - Screening Questions que pueden ser aplicados en los pacientes ambulatorios. Debido a la creciente incidencia se empieza a comprobar la efectividad de la aplicación de dichos cuestionarios.

Evaluación

El principal paso ante un paciente con sintomatología psiquiátrica debería ser descartar alguna otra posible causa de la aparición de los síntomas, ya sea orgánica o medicamentosa. También debemos tener en cuenta que la sintomatología depresiva puede ser similar a otras entidades psiquiátricas como delirium y demencia. Desde el punto de vista de la patología orgánica, debemos considerar entidades clínicas como anemia, hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson, apnea del sueño, déficit vitamínico, etc. Incluso en algunos casos la resolución de la patología de base elimina los síntomas de depresión.

Hacer una correcta anamnesis sobre el consumo de sustancias, tanto legales (medicamentos, suplementos) como ilegales, debe ser parte de la evaluación inicial de estos pacientes, ya que existen un gran abanico de sustancias que pueden precipitar sintomatología depresiva.

Como parte de la evaluación inicial y con el objetivo de descartar otras causas de depresión, debemos solicitar un análisis sanguíneo.

El primer contacto con un psiquiatra es importante, tanto para evaluar de manera precisa la sintomatología, como para descartar la posibilidad de patología psiquiátrica concomitante, como un trastorno bipolar, en el que el tratamiento de la depresión podría desencadenar un episodio maníaco.

Es esencial desarrollar un vínculo con el paciente que nos permita una anamnesis tanto del proceso actual como de eventos previos. Esta anamnesis se debe completar con la red cercana al paciente (familia, amigos, otros profesionales de salud), siempre previo consentimiento del paciente.

Tratamiento

El tratamiento de los episodios depresivos está bien establecido. Para una depresión menor el tratamiento inicial debería ser psicoterapia y monitorización de los síntomas, reservando el tratamiento farmacológico para los casos de mala evolución. En casos moderados podríamos iniciar con tratamiento farmacológico y psicoterapia. En casos de depresión mayor la evaluación por un psiquiatra siempre debe estar presente, incluso llegando a precisar atención de urgencia en casos en los que exista sintomatología psicótica e ideación suicida.

– Psicoterapia:

Es la primera línea de tratamiento para depresiones leves y moderadas. Existe evidencia de su eficacia, con un índice de mejora de hasta el 48%. No existen diferencias significativas entre los tipos de psicoterapia. Las más empleadas son: cognitivo conductual (identificar y modificar pensamientos negativos que afecten el estado de ánimo), activación conductual (organizar actividades y aumentar las interacciones positivas), terapia interpersonal (evaluar la problemática interpersonal de manera más estructurada). En algunos estudios se ha observado la eficacia de la terapia por medios digitales o telefónicos en aquellos casos en que el acceso a un terapeuta presencial no sea posible.

– Farmacológico:

Los antidepresivos son un pilar clave en la depresión, aunque su papel en las depresiones leve-moderadas ha sido cuestionado. Un meta-análisis realizado por la Food and Drug Administration (FDA) ha mostrado que la efectividad de estos medicamentos depende de la gravedad de los síntomas y es superior en depresiones mayores.

Podemos ver la evaluación de la eficacia en la práctica diaria reflejada en el estudio Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (SATR*D). Dicho estudio usó un algoritmo de 4 niveles. Citalopram fue utilizado como la primera opción de tratamiento. En caso de fracaso se aleatorizaba al nivel 2, en el que las posibles opciones de tratamiento incluían: continuar con citalopram, cambiar a otro antidepresivo de uso común (sertralina, venlafaxina o bupropion) o añadir alguna otra medicación o terapia cognitiva conductual. Los resultados del estudio

mostraron una mejoría con citalopram del 47% y una remisión del 37%. El porcentaje de remisión de los 4 niveles tuvo un porcentaje acumulado del 67%.

Este mismo estudio demostró que no existe superioridad entre antidepresivos y que, ante un fallo de antidepresivo, realizar un cambio a las distintas posibilidades mencionadas tiene un impacto similar en la respuesta de los síntomas. A pesar de la limitación de no ser un estudio aleatorizado y controlado, existen estudios similares que muestran consistencia en los resultados.

En los casos de depresión moderada-severa la primera línea de tratamiento generalmente incluye inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI's), bupropion y mirtazapina. Existen 3 medicamentos recientemente aprobados por la FDA (vilazodona, vortioxetina, levomilnacipran). La selección del antidepresivo debe basarse en definir cuáles son los principales efectos adversos de cada medicamento que se desean evitar, la existencia de patología psiquiátrica concomitante y los síntomas específicos y el historial farmacológico de cada paciente. La elección también debe tomar en cuenta las preferencias del paciente, la respuesta que haya presentado a eventos previos, el coste y la accesibilidad.

La sintomatología puede ir mejorando a partir de la semana 2 del inicio de la terapia. Sin embargo, la mejoría total de los síntomas puede tardar en producirse hasta la semana 8-12 (con dosis óptimas). Si durante el periodo de prueba inicial no se objetiva mejoría, el cambio a un segundo antidepresivo puede ser adecuado. Sumado a la terapia farmacológica, siempre debe considerarse la asociación con psicoterapia, dado que la combinación tiene los mejores resultados. En dado caso de considerarse opciones distintas a las de primera línea o al inicio conjunto de psicoterapia y tratamiento farmacológico, siempre debe consultarse a un psiquiatra.

Una vez que la remisión de los síntomas se ha alcanzado se debe considerar mantener la terapia farmacológica al menos 6 meses para disminuir el riesgo de recaída. En casos con tendencia a la recaída se puede considerar mantener la terapia al menos 2 años.

COMENTARIO

Esta revisión, publicada en New England of Medicine (factor de impacto 74,69) de 2019, pone en evidencia la importancia del correcto conocimiento del diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión en el ámbito de la Atención Primaria.

En los últimos años, el aumento en la incidencia de esta patología, obliga al médico a ser capaz de diagnosticar de manera precoz los episodios depresivos. El hecho de que un gran porcentaje de pacientes que ha tenido un intento de suicidio haya consultado en las semanas previas a su médico de Atención Primaria, hace obligatorio el cribado en caso de sospecha. Es labor de todos eliminar el estigma que esta patología ha arrastrado durante años para poder ofrecer más y mejores posibilidades de tratamiento al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Vol 37, Nº 4, Págs 851-864. 2012. Undurraga J, Baldessarini RJ. Randomized, placebo-controlled trials of antidepressants for acute major depression: thirty-year meta-analytic review. Neuro-psychopharmacology. Doi: <https://doi.org/10.1038/npp.2011.306>

Vol 76, Nº 6, Págs 909-922. 2008. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol. PubMed: 19045960. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0013075>

Vol 315, Nº 4, Págs 380-387. 2016. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. PubMed: 26813211. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>

Vol 25, Nº 2, Págs 191-192. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association. Doi: <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000200017>

AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuál es la primera línea de tratamiento en la depresión leve-moderada?
 - a) Vilazodona
 - b) Psicoterapia
 - c) Venlafaxina
 - d) Mirtazapina

2. ¿En un paciente que se sospecha que pueda tener un episodio depresivo bipolar el tratamiento es?
 - a) Estabilizadores del ánimo como litio
 - b) Psicoterapia
 - c) Venlafaxina
 - d) Mirtazapina