

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2015

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEL TRASTORNO DEPRESIVO
EN EL ADULTO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-161-09

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF
Nacional



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar profesional de la salud las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
<p>En pacientes con riesgo de depresión preguntar si en el último mes:</p> <p>¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba? ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?</p>	C
<p>Si el paciente responde a una o ambas preguntas de escrutinio afirmativamente, se deberán investigar los síntomas de PSICACES y los criterios de la CIE-10.</p> <p>Se elabora diagnóstico de depresión si: presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas(PSICACES) la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas. cuando estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social)</p>	C
<p>Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores: Presencia de intentos de suicidio previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias. Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida. Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.</p>	C
<p>Se considerará como urgencia psiquiátrica: Ideación suicida persistente. Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales. Existencia de factores severos de riesgo suicida (Anexo 3 cuadroV). Plan suicida.</p>	C
<p>Cuando se realiza un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento y se promoverán explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y el estigma.</p>	Q

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional.	A
Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia	A
Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).	A
Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram.	A
Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente	A
Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.	B
En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas	B
El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses.	B
Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.	B
En pacientes con depresión mayor de grado leve-moderado, la guía del NICE recomienda realizar un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado (30-60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10-12 semanas), ya que podría ser una intervención con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos.	B

PRONÓSTICO

Recomendación Clave

Se recomienda mantener el tratamiento farmacológico y no farmacológico por un tiempo no menor a 8 meses para evitar recaídas y mejorar el pronóstico.

GR*

A

2. CUADROS Y FIGURAS

DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO.

CUADRO I. PSICACES (Nemotecnia de síntomas depresivos relevantes para el diagnóstico)

P	Psicomotricidad disminuida o aumentada
S	Sueño alterado (aumento o disminución)
I	Interés reducido (pérdida de la capacidad para disfrutar)
C	Concentración disminuida
A	Apetito y peso (disminución o aumento)
C	Culpa y autorreproche
E	Energía disminuida y fatiga
S	Suicidio (pensamientos)

**CUADRO II.
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 (OMS)**

<p>A Duración, al menos dos semanas No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico</p>
<p>B Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 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 circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad</p>
<p>C Además deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4 Pérdida de confianza y estimación de si mismo y sentimientos de inferioridad Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición Alteraciones del sueño de cualquier tipo Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.</p>
<p>D Puede haber o no síndrome somático. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos. Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. Despertarse por la mañana dos o mas horas antes de la hora habitual Empeoramiento matutino del humor depresivo Presencia de enlentecimiento motor o agitación Pérdida marcada del apetito Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes Notable disminución del interés sexual</p>

CUADRO III.

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEPRESIVO

<p>Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.</p>
<p>Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.</p>
<p>Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave</p>

Cuadro Medicamentos**Tabla I. Medicamentos antidepresivos indicados en el tratamiento**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
3305	Amitriptilina	100 mg al día	25 mgs/envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, y convulsiones.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
4486	Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Interacciona en asociación con litio potencializando el riesgo de convulsiones Riesgo de toxicidad asociada a risperidona	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo,
5487	Citalopram	20 a 60mg	20mg, envase con 14 o 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Aumento de apetito y/o de peso, agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, alteraciones del sueño	Litio(Síndrome Serotoninérgico), alcohol, medicamentos que disminuyan umbral convulsivo, ADT, NLP de 1ª. Generación, Ketoconazol, Itraconzol, EritromicinaBupropión, Omeprazol,	Insuficiencia Renal Crónica, Insuf. Hepática, Embarazo, Lactancia.
4483	Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos,	Mínimo de 8 semanas para inicio	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

			solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)	de respuesta Mínimo de 6 meses	nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	
3302	Imipramina	100mg al día	10mg, 25, 50 mg,/envase con 60 tabs. la de 10 mg y de 20 tabs. para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones

Tabla 2. Medicamentos potenciadores del efecto antidepressivo

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5481	Paroxetina	25 mg al día	20 mgs y 25 mg / envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepressivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
4487	Reboxetina	8 a12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca,	Ketoconazol incrementa los niveles en plasma de la reboxetina	Hipersensibilidad al fármaco

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4484	Sertralina	100mg al día	50 mgs y 100mg / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico Pueden bloquear el efecto analgesico de la codeina e incrementar los niveles de este farmaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,

4488	Venlafaxina		37.5mg, 75 mg/envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA, y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión limite o de difícil control
-------------	-------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

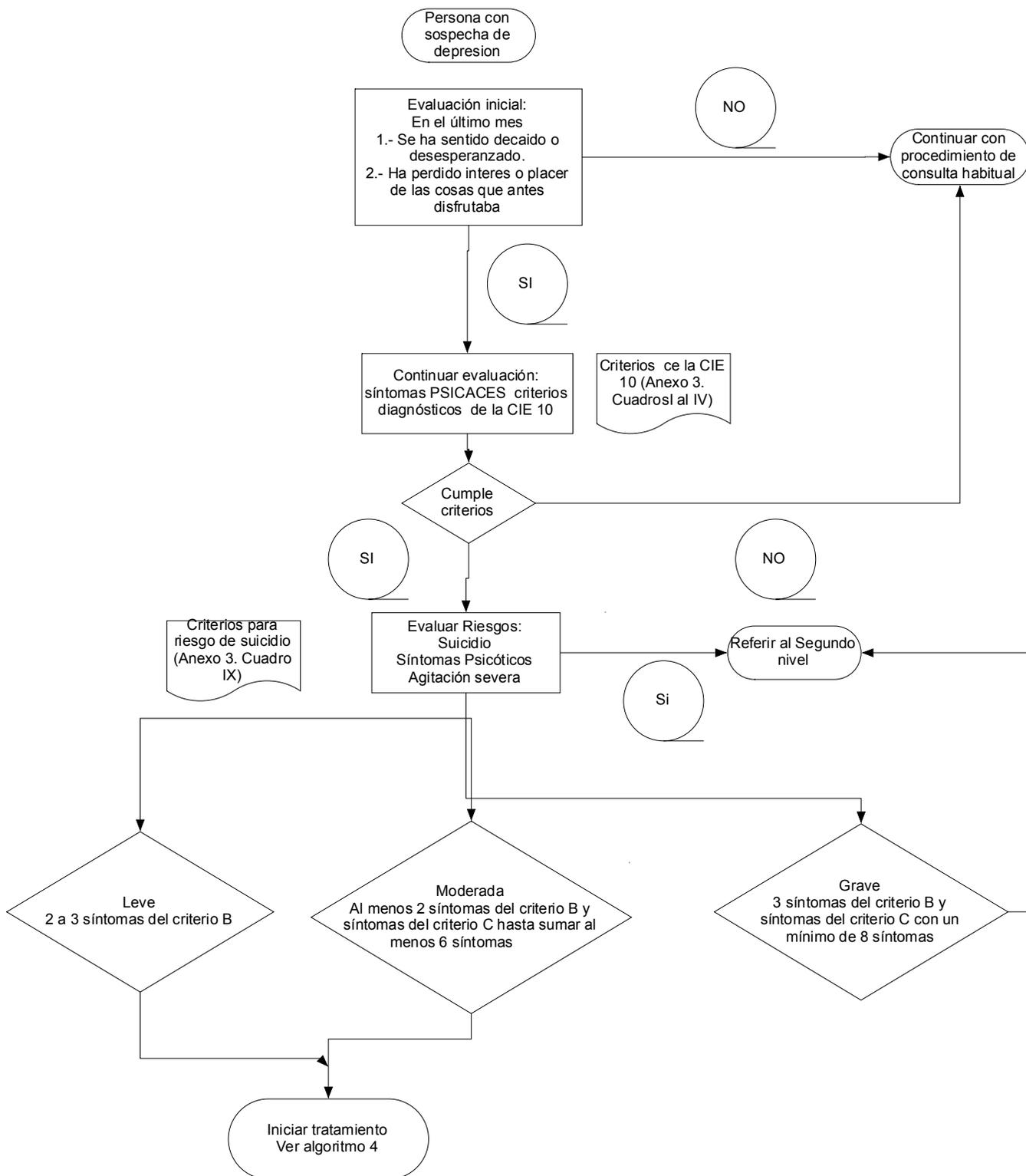
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3255	Carbonato de Litio	300 a 600mg/día ajustándose la dosis de acuerdo a niveles séricos.	Tabletas de 300mg. Envase con 50 tabletas	Se ajusta de acuerdo a la evolución.	Náusea, vómito, somnolencia, temblor, fatiga, leucocitosis, diabetes insípida nefrogénica, hiperglucemia, Tiroiditis hiponatremia, atrofia de nefronas y fibrosis glomerular.	Aminofilina, Bicarbonato y Cloruro de sodio, Carbamazepina, Probenecid, Indometazina, Metildopa y Piroxicam.	Hipersensibilidad al fármaco, asma, abdomen agudo, hipercapnia, ileo paralítico, enfermedad hepática o tiroidea y sensibilidad conocida a oxicodona y opiáceos.
5358	Lamotrigina	Se inicia con 25 mg incrementándose 50mg cada 2 semanas hasta llegar a 200mg al día.	Tabletas de 25 o 100mg, envase con 28	Se ajusta de acuerdo a la evolución	Cefalea, fatiga, erupción cutánea, náusea, mareo, somnolencia e insomnio, Síndrome de Stevens-Johnson.	Otros antiepilépticos incrementan su metabolismo.	Hipersensibilidad al fármaco.
1007	Levotiroxina	De 50 a 200ug incrementando en dosis de	Caja con 100 tabletas de 0.100mg	De acuerdo a respuesta.	Taquicardia, arritmia, angina de pecho, nerviosismo,	Fenitoína, Acido acetil-salicílico, antidepresivos	Diabéticos, pacientes anticoagulados, insuficiencia crdíaca o coronaria, IAM,

		25ug. Se administra en dosis única.			insomnio, temblor, pérdida de peso, irregularidades menstruales.	tricíclicos y con digitálicos. Disminuye el efecto de la Colestiramina.	Angina de pecho, Hipertensión arterias descompensada, insuficiencia còrtico-suprarrenal, insuf. Pituitaria, intolerancia al yodo, hipertiroidismo.
5351	Metilfenidato	De 10 a 90mg divididos en 3 tomas.	Envase con 30 compriimidos de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Cefalea, dolor estomacal, pérdida de apetito, insomnio, vòmito, visión borrosa.	Inhibe el mecanismo de anticoagulantes cumarínicos, de anticonvulsivos y de antidepresivos ISRS.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertensión, ansiedad. Vigilancia hematológica en tratamiento prolongado.
5486	Olanzapina	De 5 a 20mg al día	Envase con 14 y 28 tabletas de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Somnolencia, aumento de peso, vértigo, acatisia, edema, hipotensión ortostática, resequedd de boca y estreñimiento. Aumenta niveles de prolactina y puede ocasionar galactorrea.	Incremento de su eliminación con Carbamazepina, efecto aditivo on alcohol. Se debe administrar con precaución en pacientes diabéticos.	Hipersensibilidad al fármaco e hipotensión arterial.
5489	Quetiapina	100 a 150mg cada 12 horas.	Caja con 60 tab. De 100mg	Mínimo 6 meses	Astenia, boca seca, rinitis, dispepsia, somnolencia, aumento de peso.constipación intestinal.	Incrementa efecto hipotensor, anestésicos generales, Metildopa y analgésicos opiodes, alcohol, Incrementa efecto sedante, antagonisa con Anticonvulsivantes, incrementa riesgo de arritmia cardíaca.	Crisis Epiléptica, Síndrome Neuroléptico Maligno, Hipersensibilidad al fármaco, Menores de 16 años.
3258	Risperidona	1 a 2mg cada 12 hrs.	Caja con 40 tabletas de 2mg	De acuerdo a la respuesta terapéutica	Distonía aguda, Síndrome extrapiramidal, acatisia, temblor perioral, síndrome neurpóléptico maligno, incremento de peso, discrasias	Incrementa efecto depresor (sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhibe acción de agonistas dopaminérgicos.	Hipersensibilidad al fármaco, Depresión de médula ósea.

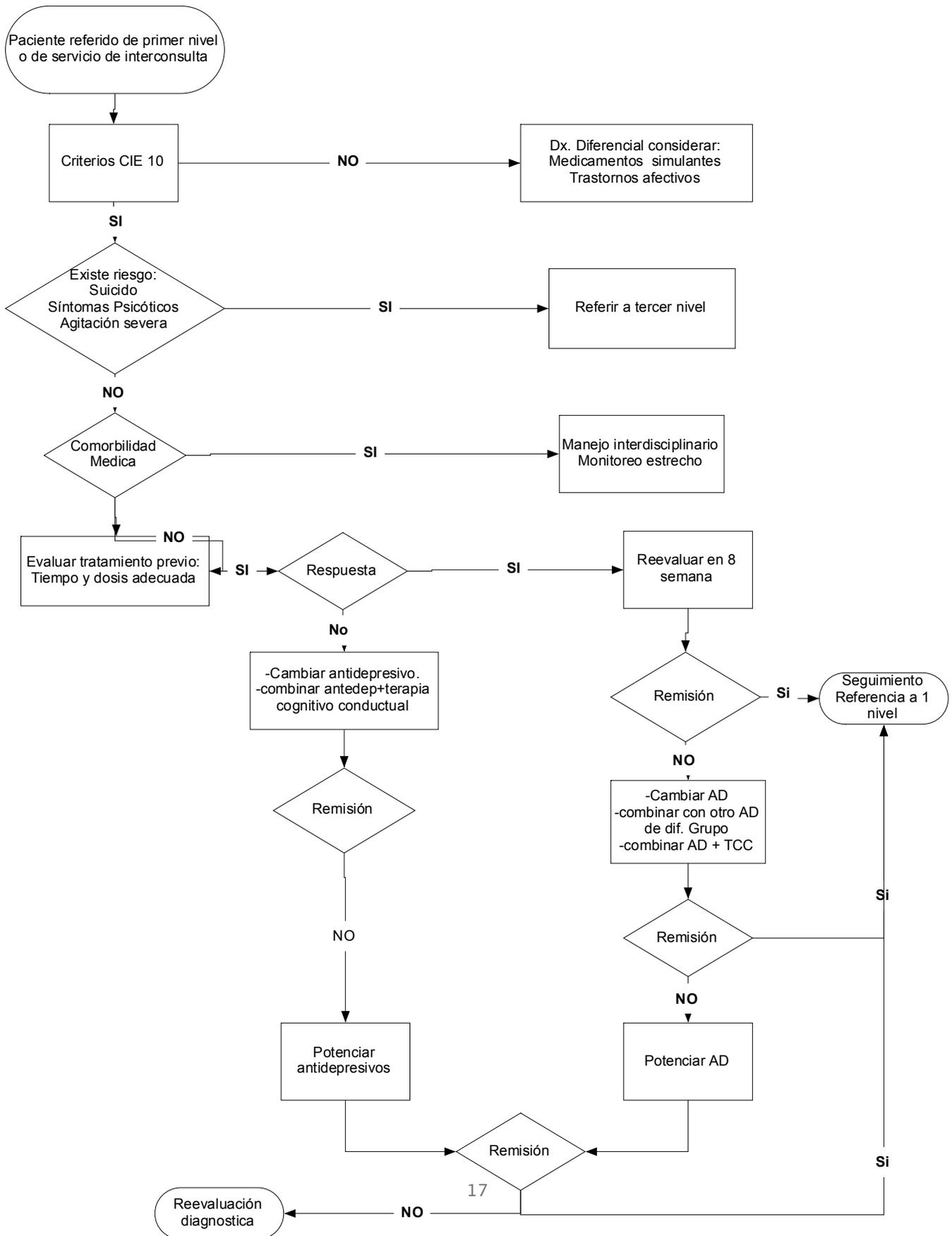
2623	Valproato de Mg	Se inicia con 15mg/Kg al día dividida en 3 tomas y ajustándose de acuerdo respuesta.	Caja con 40 tabletas de 200mg	De acuerdo a respuesta terapéutica.	sanguíneas Náusea, vómito, sedación, cefalea, ataxia, somnolencia, debilidad, hepatitis.	Disminuye su concentración plasmática al usarse con Fenitoína y con Fnoarbital	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo e insuficiencia hepática.
------	-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

3. DIAGRAMAS DE FLUJO

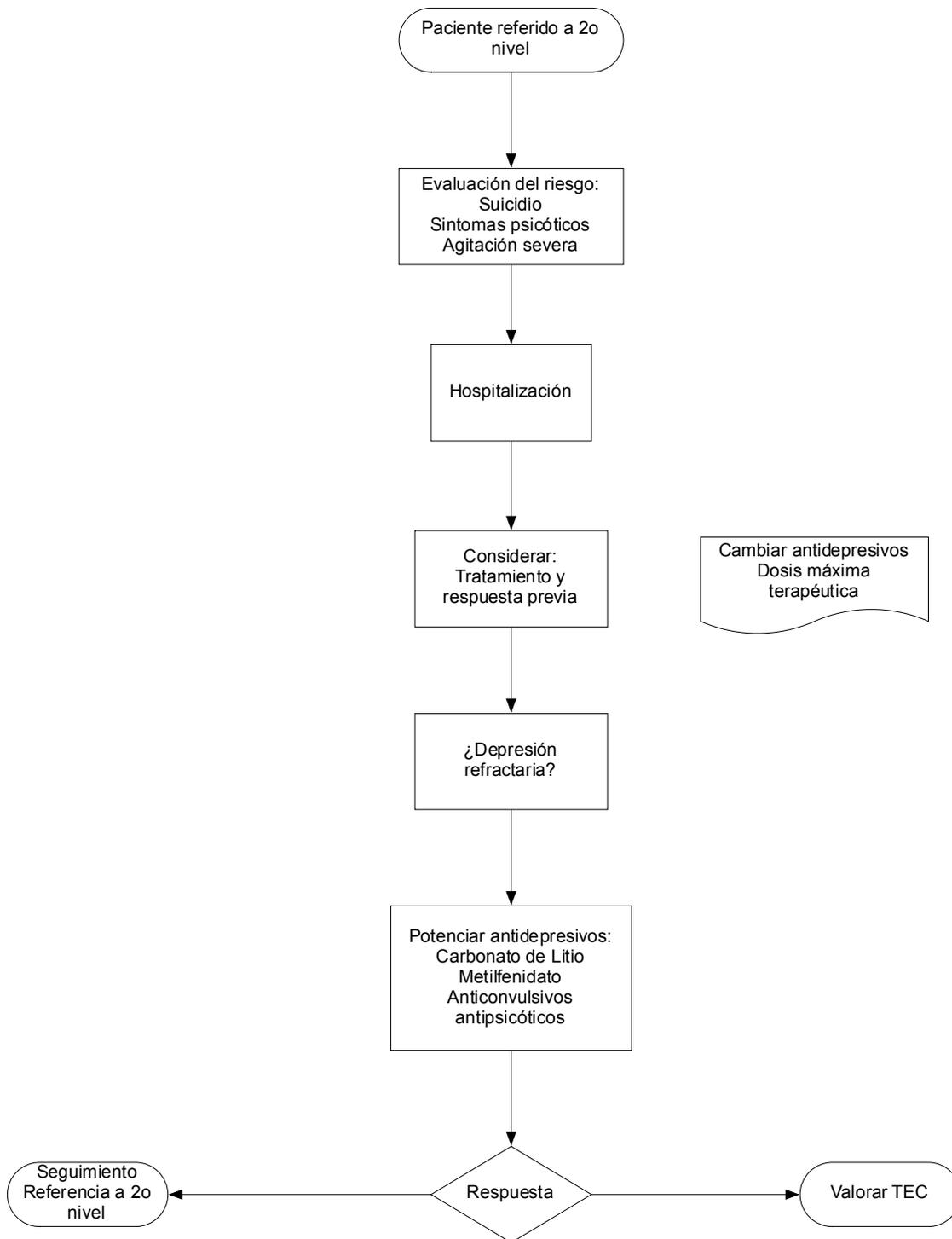
ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 1 NIVEL DE ATENCIÓN



ALGORITMO 2. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL PIQUIATRA EN POBLACION DE 18 A 59 AÑOS EN 2 NIVEL DE ATENCION



ALGORITMO 3. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSIQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 2 NIVEL DE ATENCIÓN



ALGORITMO 4. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSIQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 3 NIVEL DE ATENCIÓN

