

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



MINISTERIO DE
SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



avalia-t

Axencia de Avaliación de
Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

8. Estrategias en depresión resistente

A pesar de los avances realizados en el tratamiento de los trastornos afectivos, uno de los mayores problemas de su manejo en la práctica clínica es la respuesta incompleta o la ausencia de respuesta al tratamiento. Otro inconveniente es que en la literatura científica no existe una definición universalmente aceptada del concepto de resistencia al tratamiento, lo que complica la interpretación de los hallazgos de los diferentes estudios y la realización de recomendaciones basadas en la evidencia.

La guía del NICE del 2004, consideraba depresión resistente aquella que no respondía tras dos tratamientos farmacológicos a una dosis y tiempo adecuados. Esta definición fue también la propuesta por el estudio STAR*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*) del *US National Institute of Mental Health's* (NIMH), que puso de manifiesto que tras dos ensayos terapéuticos sin respuesta, la probabilidad de remisión disminuye considerablemente. Sin embargo, la actualización de la guía del NICE del 2009¹³ se aleja de este concepto de resistencia, principalmente porque considera que su definición es arbitraria y no se apoya en la evidencia y porque la considera una etiqueta percibida como peyorativa tanto por los clínicos como por los pacientes. Por ello, propone considerar el tratamiento de la depresión que no responde como un nivel superior en el modelo escalonado de tratamiento (ver figura 1) más que una categorización basada únicamente en la no respuesta de los pacientes. Otras guías de práctica clínica, como la canadiense o la de la Asociación Británica de Psicofarmacología, también han adoptado un enfoque similar, basado en el abordaje de la ausencia de respuesta sin tener en cuenta solo el número de fracasos previos^{172,173}.

En esta guía, siguiendo las propuestas anteriores, consideramos depresión resistente, aquella que no responde al tratamiento farmacológico o lo hace de manera parcial. El grado de intensidad de dicha resistencia, y por lo tanto la estrategia a seguir, dependerá de factores como la respuesta al tratamiento tanto en episodios previos como en el actual, de la presencia de factores de riesgo, del perfil de síntomas y de la gravedad del cuadro.

Existen diferentes estrategias para abordar la depresión resistente. Entre las no farmacológicas destacan la psicoterapia (normalmente en combinación con el tratamiento farmacológico) y la terapia electroconvulsiva. Las estrategias farmacológicas se pueden agrupar en las siguientes categorías: incremento de dosis, cambio a otro antidepresivo, combinación de antidepresivos y potenciación con otro agente farmacológico²³⁰.

amnesia y cefalea) o a largo plazo (fundamentalmente, alteraciones cognitivas) y dependen de las condiciones previas del paciente, su susceptibilidad personal, la técnica utilizada (bi o unilateral), el número de sesiones empleadas y la frecuencia de administración²⁸⁸.

Para abordar la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión mayor se efectuó una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC), revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios primarios, realizándose una selección de artículos específicamente para esta técnica. Como en otros apartados, la GPC utilizada como referencia fue la del National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE)¹³, procediéndose a una actualización de la misma e incluyendo la revisión sistemática y metanálisis de Dunne et al.²⁹⁰, en la que se compara la TEC bifrontal con la TEC bilateral y unilateral en el tratamiento de la depresión. No se seleccionó ningún estudio primario posterior a estas revisiones.

8.3.1. Eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión

La GPC de tratamiento de la depresión en el adulto elaborada por NICE en 2009¹³ no encontró nuevos estudios respecto a la previa²⁷⁷ que en la fase aguda comparasen la TEC real con la simulada, con antidepresivos o con tratamientos combinados. Además, las nuevas aportaciones sobre su utilización durante la fase de continuación tras un tratamiento agudo son muy limitadas.

RS, 1+

Por lo que respecta a la efectividad y seguridad de la terapia electroconvulsiva, sus conclusiones siguen siendo las mismas que las recogidas en la GPC elaborada en 2004²⁷⁷ y que se resumen a continuación:

- Es un tratamiento efectivo en la depresión mayor grave del adulto, siendo más efectiva que la simulada.
- La aplicación bilateral es más efectiva que la unilateral.
- Presenta el riesgo de aparición a corto plazo de efectos secundarios de tipo cognitivo.
- Es más efectiva que el tratamiento a corto plazo con algunos antidepresivos.
- La combinación de TEC con farmacoterapia no ha mostrado tener mayor efecto a corto plazo que la TEC sola.
- Estudios preliminares muestran mayor efectividad de la TEC que la estimulación magnética transcraneal repetitiva.
- En pacientes que han respondido a la TEC, el tratamiento de continuación con antidepresivos tricíclicos y/o litio reduce la tasa de recaídas, en comparación con el placebo.

Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar

UAH/AEN

SANIDAD 2012

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Terapia electroconvulsiva

Recomendaciones de la TEC en el trastorno bipolar

√	<p>Se recomienda la terapia electroconvulsiva (TEC) para alcanzar una mejoría rápida de los síntomas graves después de que hayan resultado ineficaces otras opciones terapéuticas, y/o que la situación actual del paciente sea potencialmente amenazante para la vida, en personas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo grave • Episodio maniaco y mixto persistente (Adaptado de NICE¹).
√	<p>La decisión sobre la indicación de la TEC debe basarse en una evaluación documentada de los riesgos y potenciales beneficios de los individuos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos asociados a la anestesia. • Comorbilidades actuales. • Posibles efectos adversos, especialmente la alteración cognitiva. • Los riesgos de no tener tratamiento. <p>En el caso del trastorno bipolar se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la suspensión o reducción de anticonvulsivos, benzodiazepinas y litio. • Monitorizar el estado mental cuidadosamente, para evitar el viraje al polo opuesto (Adaptado de NICE¹).
√	<p>En todos los casos en los que se indique la TEC será un requisito indispensable el consentimiento informado del paciente y/o sus familiares.</p>

Intervenciones psicosociales

√	<p>El tratamiento integral de los pacientes con trastorno bipolar debe incluir abordajes psicológicos estructurados que ofrezcan información sobre la enfermedad y entrenamiento en estrategias de afrontamiento para optimizar el manejo de la misma, tales como instruir en la detección precoz (y consecuente actuación) ante la aparición de los primeros síntomas de recaída, potenciar la adherencia terapéutica y la regularidad de hábitos, evitando conductas poco saludables como el abuso de tóxicos, e introducir estrategias que contribuyan a la reducción del estrés, como la resolución de problemas y la mejora del funcionamiento interpersonal.</p>
√	<p>El tratamiento debe fomentar el establecimiento de hábitos de ocio en la vida cotidiana y la potenciación de los recursos personales. Debe estar adaptado a la demanda y necesidades de cada persona.</p>
√	<p>En pacientes con trastorno bipolar las intervenciones psicológicas deberían:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizarse siempre de forma complementaria al tratamiento farmacológico. • Dirigirse a pacientes que se encuentren estabilizados o con sintomatología afectiva leve/moderada. • Llevarse a cabo por profesionales con experiencia en dichas intervenciones y en el manejo de pacientes con trastorno bipolar (Adaptado de NICE¹).
A	<p>En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico y que se encuentren sintomáticamente estabilizados se recomienda llevar a cabo psicoeducación.</p>
B	<p>En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico y que tengan un contacto regular con sus familiares, sería conveniente implicar a estos últimos en el abordaje terapéutico con intervenciones familiares psicoeducativas que también incluyan entrenamiento en habilidades de comunicación y en resolución de problemas.</p>
B	<p>En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico se puede considerar el abordaje cognitivo-conductual.</p>
B	<p>En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico sería posible considerar la terapia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Cicladores rápidos. • Han tenido recientemente un episodio hipomaniaco. • Han tenido alteraciones recientes en su funcionamiento por oscilaciones rápidas del estado de ánimo. • Presentan sintomatología mixta.
√	<p>Cuando se comienza un tratamiento antidepresivo se debe hablar con los pacientes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La posibilidad de un viraje a manía o hipomanía. • El retraso del comienzo del efecto terapéutico y la naturaleza gradual y fluctuante de la mejoría. • La necesidad de monitorizar los signos de acatisia, ideación suicida y si se ha incrementado la ansiedad o inquietud (particularmente en los momentos iniciales del tratamiento). • La necesidad de buscar ayuda rápidamente si esos efectos secundarios son angustiosos.

Respuesta incompleta al tratamiento de la depresión aguda y depresión resistente en el trastorno bipolar

√	<p>Cuando los síntomas depresivos no responden completamente a un tratamiento farmacológico, el paciente debe ser reevaluado en busca de que pueda existir abuso de sustancias, estresores psicosociales, problemas de salud física, trastornos comórbidos, tales como ansiedad o síntomas obsesivos graves, o una inadecuada adherencia a la medicación. Se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el tratamiento farmacológico. • Proveer psicoterapia focalizada en los síntomas depresivos. • En casos graves resistentes, la utilización de la terapia electro-convulsiva (TEC).
√	<p>Si un paciente con síntomas depresivos no ha respondido a las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas indicadas se puede considerar la búsqueda de consejo o derivación a un clínico especializado en trastornos bipolares¹.</p>

Manejo de una depresión con síntomas psicóticos

√	<p>Para los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que presenten un cuadro depresivo con síntomas psicóticos se debe considerar potenciar el plan de tratamiento actual con medicación antipsicótica, o bien utilizar la terapia electroconvulsiva si el episodio depresivo es grave¹.</p>
---	---

6.1.4. Tratamiento farmacológico de mantenimiento o prevención de recaídas

La pregunta a responder en este capítulo es:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • En el tratamiento del trastorno bipolar ¿qué tipo de intervención farmacológica muestra una mayor eficacia y efectividad en el mantenimiento y en la prevención de nuevas recaídas? |
|---|

El tratamiento a largo plazo del TB tiene como objetivo fundamental prevenir la ocurrencia de episodios futuros, ya sea de manía, ya sea de depresión, o ya sean episodios mixtos, debido a la naturaleza recurrente del trastorno.

Hay dos aspectos fundamentales para lograr estos objetivos a largo plazo. El más crucial tiene que ver con el establecimiento de una alianza terapéutica positiva con el paciente. Como ya se señaló en la introducción al capítulo, uno de los factores que más contribuyen a lograr la adherencia al tratamiento es precisamente la existencia de esa alianza terapéutica. En el TB es indispensable una buena adherencia para que se pueda garantizar una regularidad y adecuación de la toma de los tratamientos prescritos. Otro aspecto también esencial, que es además clave

6.2. Terapia Electroconvulsiva y otros tratamientos biológicos

La pregunta a responder en este capítulo es:

- En el tratamiento del trastorno bipolar (TB) ¿qué otros tipos de intervenciones biológicas muestran eficacia y efectividad?

6.2.1. Terapia Electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que siempre se utiliza como segunda elección en el TB, para alcanzar una mejoría rápida de los síntomas graves una vez que han resultado ineficaces otras opciones terapéuticas en las fases depresivas y maníacas; o bien la situación actual del paciente es potencialmente amenazante para su vida. En el caso del TB las distintas guías recogen su indicación para los episodios depresivos graves (sobre todo aquellos con un alto riesgo de suicidio, cuando existe inhibición intensa (estupor melancólico), síntomas psicóticos, e ideas delirantes de negación), o para los episodios maníacos o mixtos persistentes.

La TEC consiste en la inducción eléctrica sobre el sistema nervioso central de convulsiones generalizadas, de tipo tónico clónico, con una duración y características determinadas, repetidas en diferentes sesiones. La utilización poco rigurosa e indiscriminada que se realizó en sus inicios de esta técnica hizo que su uso resultara controvertido. La escasez de estudios de eficacia y seguridad de la TEC ha sido otro de los factores que ha influido para que en las últimas décadas se revisaran por distintas agencias los datos existentes y se elaboraran guías de recomendaciones más exhaustivas, en las que también se especificaban los criterios, indicaciones y especificaciones técnicas para la práctica de la TEC.

Una vez determinada la indicación de la TEC debe realizarse una evaluación previa, que incluya la revisión de la historia psiquiátrica y la exploración psicopatológica para verificar la indicación del tratamiento, el examen físico general para identificar posibles factores de riesgo y contraindicaciones, una evaluación preanestésica, la obtención del consentimiento informado por escrito, y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC.

El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución. Los principales efectos adversos de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusional postictal transitorio y a un período más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrograda, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento.

Estudios analizados

Ya en la guía NICE 2006¹ se señalaba la escasez de estudios sobre la eficacia y seguridad de la TEC en el TB y remitían a la revisión y recomendaciones establecidas por el documento de Evaluación de Tecnologías de la TEC (NICE 2003), que se basan fundamentalmente en los estudios sobre la TEC en la depresión mayor, sin diferenciar entre unipolar o bipolar.

Posteriormente se han publicado algunas revisiones sistemáticas sobre la eficacia y seguridad de la TEC en el TB, de las que se han seleccionado 3 que cumplieran los criterios (Loo 2010, Valenti 2008, Versiani 2010³⁵³⁻³⁵⁵). También se ha incluido un ECA (Kellner 2010³⁵⁶) en el que se comparan la eficacia y los efectos cognitivos de dos localizaciones bilaterales (bifrontal y bitemporal) y una localización unilateral de los electrodos en pacientes con depresión unipolar y bipolar.

Se han incluido también 4 estudios sobre la eficacia de la TEC tanto en combinación con tratamiento farmacológico como en monoterapia para la reducción de la sintomatología maníaca

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



8.2. En los TCA, ¿qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar la derivación entre los recursos asistenciales disponibles en el SNS?

8.2.1. Derivación a salud mental

Los criterios de derivación de atención primaria a salud mental (CSMA y CSMIJ) son los siguientes:

- Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.
- Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Si, a pesar de seguir las pautas de la AP, no mejoran el peso ni las conductas bulímicas.

8.2.2. Derivación a hospitalización urgente

Los criterios de derivación de la AP a la hospitalización urgente (servicio de Urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico urgente son los siguientes:

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses).
- Alteraciones de la consciencia.
- Convulsiones.
- Deshidratación.
- Alteraciones hepáticas o renales severas.
- Pancreatitis.
- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145).
- Arritmia grave o trastorno de la conducción.
- Bradicardia de <40 bpm.
- Otros trastornos ECG.
- Síncopes o hipotensión con TAS <70 mm Hg.
- HDA: hematemesis, rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.