



ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

de las Heras Liñero E, Triñanes Y, Atienza G

En representación del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto

avalia-t3@sergas.es

RESUMEN

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Debido a todo ello, en el año 2008 se publicó la primera versión de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, dentro del programa de GPC para el Sistema Nacional de Salud. El tiempo transcurrido y la magnitud del problema, que sigue vigente y con perspectivas de empeoramiento, así como el aumento de publicaciones científicas y la demanda generada desde los diferentes ámbitos implicados en su abordaje, ha hecho pertinente llevar a cabo su actualización. Esta nueva GPC actualiza parcialmente la guía anterior y la sustituye. Es el resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar de expertos en metodología y profesionales que integran la asistencia del paciente con depresión, y en ella se pretende dar respuesta a muchas de las preguntas que plantea la asistencia, en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia disponible en la actualidad. En esta comunicación se presentan el alcance de la guía, la metodología llevada a cabo para su actualización y las recomendaciones.

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad (1, 2).

La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado y así, el *National Comorbidity Survey Replication* americano observó que un 16,2% de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año) (3). Según el estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad (4). Además entre los pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión se eleva hasta un 18,9% (5) y algunos grupos, como los inmigrantes no regularizados, son especialmente vulnerables, con un porcentaje del 40,7% (6).

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión (2). No menos importante es el impacto funcional y en la productividad, que se ha estimado que podría representar parte importante de los costes asociados a la depresión (7, 8). En este sentido, se ha planteado que la depresión es el trastorno mental más costoso en Europa y representa, entre costes directos e indirectos, un 33% del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía (118 billones de euros) y un 1% de la economía europea (8). Los costes indirectos debidos a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61% de este gasto, mientras que los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria (61%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad (3%) (8).

A pesar de todo lo anterior, el infradiagnóstico e infratratamiento continúa siendo un problema en el manejo de la depresión, tanto en nuestro país como a nivel internacional, por lo que es prioritario optimizar los servicios así como mejorar su abordaje (9-12). En España se ha estimado que el 28% de los pacientes que padecen depresión mayor no son diagnosticados en atención primaria, aunque este porcentaje es inferior en las formas más graves de depresión (12). Además, el estudio ESEMED-España puso de manifiesto que en una muestra de pacientes con depresión el 59% no acudió ni a atención primaria ni a especializada el año anterior, y de estos, el 76% no recibieron ningún tipo de

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

tratamiento (9). Entre las barreras al tratamiento efectivo la OMS ha identificado, además del déficit de recursos, la falta de profesionales entrenados y el estigma asociado (1).

A pesar de que el infradiagnóstico es un importante problema, el sobrediagnóstico y sobretratamiento de la depresión también son factores importantes a tener en cuenta en el manejo de esta patología (13, 14).

Las Guías de Práctica Clínica podrían tener un papel importante en estos aspectos, favoreciendo la mejora de las estrategias diagnósticas y terapéuticas, de los servicios prestados y reduciendo la variabilidad de la práctica clínica.

En el año 2008 se publicó la primera versión de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, enmarcada en el Programa de guías en el Sistema Nacional de Salud. El tiempo transcurrido y la nueva evidencia disponible han justificado su actualización. Esta nueva GPC ha sido elaborada por un grupo multidisciplinar de profesionales pertenecientes a las diferentes áreas que integran la asistencia del paciente con depresión y en el proceso de revisión se ha contado con la colaboración de diferentes sociedades científicas y asociaciones implicadas directamente en este problema de salud. Resultado de este trabajo es la elaboración de esta guía que pretende ser un instrumento útil con respuestas a las cuestiones más importantes en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática y con la mejor evidencia disponible.

En esta comunicación se presentan las recomendaciones de esta versión actualizada de la GPC (15).

2. ALCANCE Y OBJETIVOS

Esta nueva GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto actualiza parcialmente la guía anterior y la sustituye. Es el resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales que integran la asistencia del paciente con depresión, y en ella se pretende dar respuesta a muchas de las preguntas que plantea la asistencia del paciente adulto con depresión, las cuales vendrán dadas en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia disponible en la actualidad. Aunque la investigación en relación al manejo de la depresión ha experimentado un gran auge en los últimos años todavía existen áreas de incertidumbre, por lo que futuras actualizaciones de esta guía abordarían estos aspectos.

Los principales usuarios a los que va dirigida la guía son todos aquellos profesionales sanitarios implicados en el manejo de la depresión, así como los pacientes y sus familiares y cuidadores. Esta guía podría ser relevante también para profesionales de servicios sociales, aunque no está específicamente dirigida a los mismos.

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

Objetivos de la guía

- Mejorar la atención sanitaria prestada a los pacientes con depresión en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Ofrecer recomendaciones actualizadas al profesional sanitario para la atención a los pacientes con depresión.
- Promover la racionalidad y la eficiencia en la elección de las diferentes opciones terapéuticas.
- Proponer un algoritmo terapéutico.
- Desarrollar indicadores de evaluación de la calidad asistencial.
- Ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos, que contribuya a la toma de decisiones informada y a la mejora de la comunicación entre los pacientes y los profesionales.
- Identificar áreas prioritarias de investigación futura.

Alcance de la guía

- Los grupos diana serán aquellas personas adultas con diagnóstico de episodio depresivo.
- La guía cubrirá la atención que estos pacientes puedan recibir de los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada, en concreto, aspectos relativos al diagnóstico clínico, métodos de evaluación y tratamiento (psicoterapia, tratamiento farmacológico, tratamiento combinado y otras intervenciones).
- Áreas que no serán abordadas por la GPC:
 - Prevención de la depresión
 - Depresión en la infancia y adolescencia.
 - Depresión en personas mayores.
 - Depresión post-parto.
 - Trastorno distímico, trastorno bipolar y adaptativo.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para actualizar esta guía se recoge en los Manuales Metodológicos de Elaboración y de Actualización de GPC en el Sistema Nacional de Salud (16, 17).

Los pasos seguidos para su elaboración fueron los siguientes:

- Constitución del grupo elaborador de la actualización de la GPC, integrado por dos técnicos de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) expertos en

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

metodología y por un grupo interdisciplinar de profesionales sanitarios, compuesto por tres psiquiatras, dos psicólogos clínicos, un médico de familia y una enfermera especialista en salud mental.

- Información de la actualización de la GPC a una serie de expertos nacionales y solicitud de revisión de su alcance por si considerasen la necesidad de añadir o modificar algún apartado.
- Reformulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato PICO (*Patient/Intervention/Comparison/Outcome: Paciente/Intervención/Comparación/Resultado*).
- Inclusión de la perspectiva de los pacientes y familiares mediante la realización de un apartado cualitativo sobre sus perspectivas y necesidades acerca de la depresión:
 - Revisión sistemática de estudios cualitativos.
 - Estudio cualitativo basado en grupos focales (dos con pacientes y uno con familiares) en los que se abordaron las siguientes áreas:
 - Naturaleza e impacto de la depresión.
 - Convivencia con la depresión.
 - Valoración de los profesionales implicados y del proceso asistencial.
 - Tratamiento: beneficios, efectos secundarios o no deseados, adherencia y participación en la toma de decisiones.
 - Grado de satisfacción global con los cuidados recibidos.
 - Necesidades y preferencias sobre la información que reciben y sobre la comunicación con los profesionales sanitarios que les atienden.
 - Incorporación de la evidencia cualitativa en la GPC, en un apartado cualitativo específico y en los apartados de evaluación y tratamiento.
- Búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: 1) especializadas en revisiones sistemáticas, como la *Cochrane Library Plus* y la base de datos del *NHS Centre for Reviews and Dissemination* (HTA, DARE y NHSEED); 2) especializadas en Guías de Práctica Clínica y otros recursos de síntesis, como TRIP (*Turning Research into Practice*), *National Guideline Clearinghouse* o *GuiaSalud*; 3) generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Ovid), ISI WEB, IBECs (Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice Médico Español), o especializadas como PsycINFO. Idiomas: inglés, francés, español, italiano y portugués. En la actualización de la GPC se han utilizado las estrategias de búsqueda

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

originales, rediseñándose en algunos casos. En las preguntas clínicas actualizadas, las búsquedas se ejecutaron desde enero de 2007 hasta febrero de 2014. Para las preguntas de nueva elaboración, las búsquedas se hicieron sin límite temporal. En una primera fase, las búsquedas se dirigieron hacia fuentes de información secundarias, como GPC y revisiones sistemáticas y posteriormente se realizaron búsquedas de estudios primarios limitadas a la identificación de los estudios más relevantes aparecidos tras la fecha de búsqueda de las revisiones sistemáticas identificadas.

- Evaluación de la calidad de los estudios cuantitativos y síntesis de la evidencia para cada pregunta, siguiendo la metodología propuesta por el SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) (18). Aunque existe una tendencia creciente al empleo del método GRADE (19) en las GPC, al tratarse de una actualización el grupo elaborador ha decidido mantener el método SIGN. Esta decisión se ha tomado principalmente porque un cambio de metodología exige la reevaluación, al menos parcial, de los estudios incluidos en la anterior versión (tabla 1)
- La evaluación de la calidad de los estudios cualitativos se realizó siguiendo el checklist de CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme*) (20) según la propuesta de Goldsmith et al. (2007) (21).
- Formulación de recomendaciones basada en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se resolvieron por consenso informal del grupo elaborador. Las recomendaciones basadas en la evidencia cualitativa se han señalado con una "Q" (tabla 2).
- Los colaboradores expertos participaron en la revisión y asesoramiento sobre apartados específicos de la guía y sus recomendaciones. Los revisores externos participaron en la revisión del borrador completo de la guía, siendo representantes propuestos por las diferentes sociedades científicas y asociaciones relacionadas con la depresión (ver la relación en el apartado de autoría) y por profesionales de reconocido prestigio a propuesta del grupo elaborador de la actualización.
- Tanto los miembros del grupo elaborador, como los colaboradores expertos y los revisores externos declararon los posibles conflictos de interés (anexo 6).
- En el portal de GuiaSalud (<http://portal.guiasalud.es>) está disponible de forma detallada toda la información sobre el proceso metodológico de la GPC (estrategias de búsquedas bibliográficas, tablas de evidencia de los estudios seleccionados, etc.).

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

Niveles de evidencia	
1 ⁺⁺	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1 ⁺	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 ⁻	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ o 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo. Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice "GPC"

Q	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por el SIGN ¹ .
---	--

Buena práctica clínica	
<input checked="" type="checkbox"/>	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook: Edinburgh: SIGN; 2008 (18).

1. La evaluación de la calidad de los estudios cualitativos se realizó siguiendo el checklist de CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme*) (20) según la propuesta de Goldsmith et al. (2007) (21).

2. En ocasiones el grupo elaborador se percató de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que no se cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

Tabla 2. Criterios empleados para la valoración de la calidad de los estudios cualitativos

Aspectos a considerar para la evaluación de la calidad de los estudios cualitativos
1. Claridad de objetivos
2. Metodología cualitativa apropiada
3. Diseño apropiado
4. Estrategia de selección de participantes apropiada
5. Procedimiento de recogida de datos apropiado
6. Reflexividad sobre la relación entre el investigador y los participantes
7. Aspectos éticos
8. Análisis de datos riguroso
9. Exposición clara de los resultados
10. Aplicabilidad de los resultados
La calidad metodológica de cada estudio se clasificará según este <i>checklist</i> en: Q++: todos o la mayoría de los criterios se han cumplido. En el caso en el que alguno no se haya cumplido, es muy poco probable que las conclusiones del estudio se alteren. Q+: algunos de los criterios se han cumplido. Aquellos criterios que no se han cumplido o no se describen adecuadamente poco probable que alteren las conclusiones. Q-: pocos o ningún criterio cumplido. Las conclusiones probable o muy probable que las conclusiones del estudio se alteren.

Fuente: adaptado de checklist de CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) (20) y Goldsmith et al. (2007) (21).

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

3. RECOMENDACIONES

Evaluación de la depresión	
✓	La entrevista clínica es el procedimiento esencial para el diagnóstico de la depresión. La CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse.
C	Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad. - Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales). - Grado de disfunción y/o discapacidad asociados. - Riesgo de suicidio. - Respuesta previa al tratamiento.
C	Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Q	En la evaluación de la depresión se recomienda tener en cuenta la heterogeneidad de su presentación, así como la percepción que el paciente tiene sobre sus síntomas y el trastorno.
Q	Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional.
Q	En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido.
Q	Se debe explorar el significado y el impacto de la depresión en la familia del paciente y las posibles necesidades que puedan surgir, prestando especial atención a los niños, adolescentes y familiares dependientes a cargo del paciente con depresión.
Q	Se recomienda favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto.
Q	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.

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

Instrumentos de evaluación	
✓	Las escalas aportan una información complementaria en la evaluación, pero no pueden sustituir a la entrevista clínica.
C	Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de depresión son la <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (HRSD), la <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI).
Cribado	
B	En población general no se recomienda el cribado rutinario de depresión, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad.
B	Se recomienda que los clínicos estén alerta ante la posibilidad de depresión, especialmente en pacientes con factores de riesgo, y que además presenten síntomas como insomnio, bajo estado de ánimo, anhedonia e ideación suicida.
B	Cuando en una exploración rutinaria en atención primaria se observe algún indicador de depresión, se recomienda emplear dos preguntas referentes al estado de ánimo y a la capacidad de disfrute para evaluar la posible presencia de patología depresiva. En caso de respuesta afirmativa, se recomienda realizar una adecuada evaluación psicopatológica.
Modelos de atención	
B	Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonada y de colaboración entre atención primaria y salud mental, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente.
Recomendaciones generales de manejo	
✓	El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional.
✓	El manejo de la depresión debería incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.
✓	La selección inicial de la modalidad y el ámbito de tratamiento debería realizarse en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como la historia previa, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y la capacidad de apoyo y contención del entorno.
D ^{GPC}	Se recomienda establecer un plan de seguimiento estructurado del paciente. La frecuencia de la evaluación y monitorización de síntomas debería realizarse en función de la gravedad del cuadro, comorbilidad asociada, cooperación con el tratamiento, apoyo social y frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento prescrito.

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

Q	Se recomienda que el paciente y, contando con su consentimiento, también sus familiares y allegados, tengan un papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados.
Q	Se recomienda ofrecer apoyo al paciente y a su familia para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Se informará sobre la existencia de asociaciones para pacientes que puedan ser de ayuda y los recursos con los que pueda contar.
D ^{GPC}	Se recomienda apoyar la información verbal con documentos escritos cuando sea posible.
Tratamiento psicoterapéutico	
✓	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	Deben considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales.
C	Se recomienda considerar otras intervenciones psicológicas en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares o de pareja, frecuentemente asociadas a la depresión.
B	Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.
Tratamiento farmacológico	
✓	Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo, se deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, los efectos secundarios y el posible retraso del efecto terapéutico.
A	La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costes y las preferencias de los pacientes.
A	Los ISRS son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/beneficio, por lo que deberán considerarse la primera elección de tratamiento.
✓	Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con fármacos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento, y antes de 8 días en el caso de depresión grave.
D ^{GPC}	Se puede considerar el tratamiento con benzodiacepinas en casos de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

	prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia.
✓	El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico ha de ser estrecho, al menos las 4 primeras semanas.
D	Se recomienda que el tratamiento antidepresivo se mantenga al menos 6 meses tras la remisión del episodio y valorar aspectos como la existencia de episodios previos, comorbilidad y presencia de otros factores de riesgo antes de decidir su retirada
A	Se recomienda que el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta.
D ^{GPC}	Para evitar el síndrome de discontinuación, se recomienda que el cese del tratamiento antidepresivo se realice reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina.
D ^{GPC}	Ante un síndrome de discontinuación, se recomienda llevar a cabo una confirmación diagnóstica y en el caso de síntomas importantes, considerar reintroducir el antidepresivo original en su dosis efectiva (u otro antidepresivo de la misma clase con una vida media larga) y reducir la dosis gradualmente.
Q	Cuando se prescriba tratamiento farmacológico se explorará la percepción del paciente y se favorecerá una actitud positiva del mismo. Además, se realizará una adecuada monitorización de los efectos secundarios y de la evolución tanto de los síntomas como de la capacidad funcional. Asimismo, tras haber obtenido la autorización del paciente, se aclararán las dudas de los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento.
Tratamiento psicoterapéutico en depresión resistente	
B	En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.
Estrategias farmacológicas en depresión resistente	
✓	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial para la depresión, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Revisión del diagnóstico. • Verificar el cumplimiento de la toma del tratamiento en dosis y tiempo adecuados. • Valorar la existencia de conciencia de enfermedad, motivación al cambio y existencia de posible comorbilidad.
✓	En pacientes con respuesta parcial tras la tercera o cuarta semana se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Esperar la evolución clínica hasta la octava semana. • Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.
B	Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no presenta respuesta, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias:

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de antidepresivo a otro de la misma o distinta familia. • Combinación de antidepresivos. • Potenciación con litio o antipsicóticos.
C	<p>Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo se sugiere valorar inicialmente un ISRS diferente u otro antidepresivo de segunda generación. En caso de no conseguir respuesta se podría valorar un antidepresivo con mayores efectos secundarios, como los tricíclicos o los IMAO.</p>
C	<p>La combinación de ISRS y mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos.</p>
C	<p>La potenciación con litio o con antipsicóticos, como la olanzapina, quetiapina, aripiprazol o risperidona, puede ser también una estrategia a considerar aunque teniendo en cuenta la posibilidad del incremento de los efectos adversos.</p>
D ^{GPC}	<p>Cuando se utilice la potenciación o la combinación de fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser conscientes de que, habitualmente, estas estrategias incrementan los efectos adversos. • Seleccionar aquellos fármacos de los que exista información sobre su seguridad en uso combinado. • Documentar el fundamento de la elección de la estrategia. • Monitorizar cuidadosamente los efectos adversos.
✓	<p>No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con buspirona, carbamazepina, lamotrigina, valproato, ni con pindolol, hormonas tiroideas, zinc o benzodiazepinas.</p>
Terapia electroconvulsiva	
A	<p>La terapia electroconvulsiva debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos.</p>
✓	<p>Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por profesionales experimentados, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario, siendo indispensable el consentimiento informado.</p>
Q	<p>La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma conjunta con el paciente y/o la familia, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente.</p>
Q	<p>En caso de ser necesaria la TEC, se recomienda hacer un especial énfasis en ofrecer toda la información necesaria, centrándose en la finalidad del procedimiento, los efectos secundarios y el plan de tratamiento.</p>
Estimulación del nervio vago	
✓	<p>Se desaconseja el uso de la estimulación del nervio vago fuera del ámbito de la investigación, debido a la naturaleza invasiva del procedimiento, la incertidumbre sobre su eficacia y a sus efectos adversos.</p>
Estimulación magnética transcraneal	

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

B	En el momento actual no se recomienda la estimulación magnética transcraneal como tratamiento de la depresión debido a la incertidumbre sobre su eficacia clínica.
Ejercicio físico	
B	Es aconsejable que a los pacientes con depresión se les recomiende la realización de ejercicio físico como un hábito de vida saludable. Es imprescindible que el paciente esté motivado y la realización de ejercicio sea aceptada por el paciente, acorde a su condición física y ajustada a sus preferencias individuales.
B	En depresión moderada y grave la actividad física debe considerarse un complemento del tratamiento con antidepresivos y/o psicoterapia.
Hierba de San Juan	
B	A pesar de que existen pruebas de la efectividad de la HSJ en el tratamiento de la depresión leve o moderada, no se recomienda su utilización debido: <ul style="list-style-type: none"> • Al desconocimiento del principio o principios activos, sus mecanismos de acción y la persistencia del efecto antidepresivo. • A la falta de estandarización de la dosis. • A la variabilidad de las diferentes preparaciones comerciales que pueden tener diferentes cantidades y proporciones de sus componentes y no ser terapéuticamente equivalentes.
✓	Los profesionales sanitarios deben informar a los pacientes que consuman HSJ sobre sus potenciales graves interacciones con algunos fármacos, incluso con algunos de uso común como los anticonceptivos orales.

4. CONCLUSIONES

El manejo de la depresión es un área con amplias posibilidades de mejora, debido principalmente a su infra- y sobrediagnóstico y a la gran variabilidad constatada en la práctica clínica. Por ello, requiere la puesta en marcha de medidas de diferente naturaleza que en aras de mejorar y optimizar la práctica clínica.

Esta nueva guía de práctica clínica ofrece recomendaciones que podrían ayudar a superar estos problemas y se han incluido aquellos aspectos que podrían favorecer su implementación. Además de la incorporación e integración de la nueva evidencia existente sobre estrategias diagnósticas y terapéuticas, entre los retos asumidos en esta nueva versión destaca la incorporación de la perspectiva de los pacientes y familiares mediante una revisión sistemática y un estudio cualitativo. Esta aproximación nos ha permitido constatar el impacto de la depresión, comprenderla desde un punto de vista humanístico y detectar áreas de mejora en el proceso asistencial. Otras aportaciones destacables en relación con la guía anterior, son el planteamiento de un modelo de atención escalonado y de colaboración entre atención primaria y especializada que, según la evidencia actual resulta fundamental para mejorar la atención a un trastorno tan complejo como es la depresión. Por

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

último, se ha incluido un apartado sobre la implementación de recomendaciones de manejo de la depresión en la historia clínica electrónica.

Las versiones completa y resumida de esta guía están disponibles en la página web de guiasalud (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=5ac7d5c12ba83377ee0bfc200598>) y de la Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) (http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095-105.
4. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord. 2010;120(1-3):76-85.
5. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A, Grupo de Investigación en Depresión y Psiquiatría de Enlace. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. Actas Esp Psiquiatr. 2001;29(2):75-83.
6. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, M. FM. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. . Aten Primaria. 2004;34(9):504.
7. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K, The MHEEN Group. Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. J Ment Health. 2007;16(2):195-209.
8. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9(2):87-98.
9. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61.
10. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
11. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major

ACTUALIZACIÓN DE LA GPC SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO: PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS Y RECOMENDACIONES

- Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S5-14.
12. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):331-43.
 13. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet.* 2012;379(9820):1045-55.
 14. Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnostico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria.* 2010;42(1):47-9.
 15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014.
 16. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2006. Informe Nº.: I+CS Nº 2006/01.
 17. Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-01.
 18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50 A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008 [actualizado nov 2011; citado 28 mar 2014]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>
 19. Grade working group [Sede web]: GRADE working group; [actualizado 2014; citado 28 mar 2014]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>
 20. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
 21. Goldsmith M, Bankhead C, Austoker J. Improving the quality of the written information sent to women about breast screening. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes; 2007. Informe No.: 64