

Depresión mayor en el adulto: medidas generales y tratamiento farmacológico

Fecha de la última revisión: 06/08/2014

Cursos Fisterra relacionados:

► [Actualización problemas clínicos en A...](#)

Índice de contenidos

1. [Medidas generales](#)
2. [¿Cuándo utilizar fármacos?](#)
3. [¿Qué fármaco?](#)
4. [¿Qué hacer si el paciente no responde?](#)
5. [¿Qué seguimiento hacer?](#)
6. [¿Durante cuánto tiempo?](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autores](#)

Medidas generales

Cuando se realice un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento. Se recomienda promover explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y buscar el apoyo de familiares y allegados.

La evaluación se basará fundamentalmente en la entrevista clínica, aunque el uso de instrumentos de evaluación puede aportar información complementaria.

La gravedad del episodio dependerá de los siguientes criterios:

- Duración, número e intensidad de los síntomas.
- Insuficiente respuesta al tratamiento.
- Existencia de comorbilidad.
- Antecedentes personales de depresión.
- Ideación suicida o conducta suicida, síntomas psicóticos, bajo apoyo social, discapacidad.

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 capacidad funcional del paciente. Se recomienda que su abordaje se realice siguiendo un modelo de atención escalonado, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente (Thota AB, 2012; Calderón C, 2013).

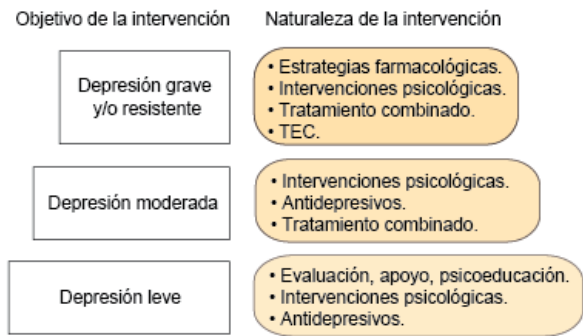


Figura 1. Modelo escalonado en el manejo de la depresión.

Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes
(Palao DJ, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009)

La selección inicial de la modalidad y el ámbito de tratamiento se debería realizar 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.

¿Cuándo utilizar fármacos?

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo con fármacos, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios y especialmente de la duración del tratamiento. Hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas y en general, cuanto más graves son los síntomas de depresión más beneficio se puede esperar del tratamiento farmacológico.

De forma general no se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve por presentar un bajo riesgo-beneficio. En estos pacientes solo deben considerarse en caso de: fracaso de otras estrategias terapéuticas, problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

El empleo de fármacos antidepresivos mejora la depresión moderada y grave por lo que representan un tratamiento de primera línea. Es importante tener en cuenta que alrededor de un 38% de pacientes no responden al tratamiento con antidepresivos tras 6-12 semanas y un 54% no alcanzan la remisión (Gartlehner G, 2007; NICE, 2009).

¿Qué fármaco?

La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, el perfil sintomatológico del episodio depresivo, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costes y las preferencias de los pacientes.

Tabla 1. Principales antidepresivos comercializados en España.				
Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
<u>Amitriptilina</u>	ADT	50-200 mg	2-3 veces/día	Más abandonos por efectos adversos que los ISRS. Efectos anticolinérgicos marcados (boca seca, sedación, visión borrosa, etc.).
<u>Clomipramina</u>	ADT	100-150 mg	Varias veces/día	
<u>Imipramina</u>	ADT	50-200 mg	Varias veces/día	
<u>Nortriptilina</u>	ADT	75-100 mg. Hasta 150 mg en hospitalizados	Varias veces/día	
<u>Maprotilina</u>	Relación con ADT	25-150 mg	1 ó varias veces/día	
<u>Trazodona</u>	ASIR	150-400 mg y hasta 600 mg en hospitalizados	Varias veces/día	Sedación, hipotensión postural y náuseas.
<u>Citalopram</u>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	Náuseas, boca seca, sudoración y temblor. Pocos abandonos. Potencial aumento del intervalo QT. Dosis máximas en mayores de 65 años: Citalopram: 20 mg/día; Escitalopram: 10 mg/día.
<u>Escitalopram</u>	ISRS	10-20 mg	1 vez/día	Sudoración, náuseas, temblor y pérdida de peso.
<u>Fluoxetina</u>	ISRS	20-60 mg	1 vez/día	
<u>Fluvoxamina</u>	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Náuseas, nerviosismo y sudoración. Sedación y efectos gastrointestinales.
<u>Paroxetina</u>	ISRS	20-50 mg	1 vez/día	Disfunción sexual y síndrome de discontinuación. Sedación y efectos gastrointestinales.
<u>Sertralina</u>	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea que resto de ISRS.
Bupropion	IRND	150-300 mg	1 vez/día	Menos problemas de disfunción eréctil y menor aumento de peso. Insomnio. Evitar en epilepsia.
<u>Duloxetina</u>	IRSN	60-120 mg	1-2 veces/día	Disfunción sexual y efectos gastrointestinales. Dosis inicial y habitual 60 mg/24h. Dosis máxima: 120 mg al día.
<u>Mianserina</u>	NASSA	30-200 mg	1 ó varias veces/día	Somnolencia. Útil en tratamientos combinados.
<u>Mirtazapina</u>	NASSA	15-45 mg	1 vez/día	Aumento de peso y sedación.
<u>Reboxetina</u>	IRNA	8-12 mg	Varias veces/día	Síntomas vegetativos. Taquicardia e hipotensión leve relacionada con la dosis.
<u>Venlafaxina</u>	IRSN	75-375 mg	Varias veces/día	Efectos secundarios potencialmente más graves. Requiere seguimiento cardiovascular estrecho.
<u>Desvenlafaxina</u>	IRSN	50-200 mg/día	1 vez/día (liberación prolongada)	Igual que venlafaxina. Evitar interrupción brusca (disminuir la dosis gradualmente durante 1-2 semanas).
<u>Agomelatina</u>	AM	25-50 mg	1 vez/día	Ansiedad. Precisa monitorización de pruebas hepáticas. No utilizar en mayores de 75 años. Precaución en IRC moderada-grave.
ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT2 e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; IRNA: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; AM: agonista melatoninérgico.				
Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes (Anderson IM, 2008; Lam LW, 2009; AEMPS, 2013; Taylor D, 2009; Angora-Cañego R, 2012; García-Herrera JM, 2011).				

Antidepresivos tricíclicos: en general poseen una buena tasa de respuesta, comparable clínicamente a la de otros antidepresivos (incluyendo ISRS), aunque asociada a más efectos secundarios y una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.

ISRS: son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/beneficio, por lo que deberán considerarse la primera elección de tratamiento. Al comparar la eficacia de los antidepresivos ISRS entre sí se han observado algunas diferencias estadísticamente significativas aunque de dudosa relevancia clínica. No se han mostrado diferencias significativas en el mantenimiento de la respuesta o en alcanzar la remisión. Para seleccionar un ISRS concreto debemos guiarnos más por los efectos adversos que por su eficacia (Gartlehner G, 2007; Gartlehner G, 2011).

Antidepresivos de segunda generación (IRDN, IRSN, ASIR, NASSA): no se han observado diferencias significativas en la eficacia en comparación a los ISRS. La comparación entre antidepresivos de segunda generación no mostró diferencias significativas en la tasa de respuesta ni en la prevención de recaídas o recurrencias (Gartlehner G, 2007; Gartlehner G, 2011). Aproximadamente, el 63% de los pacientes a tratamiento con antidepresivos de segunda generación sufren eventos adversos leves a lo largo del tratamiento (diarrea, mareos, boca seca, fatiga, cefalea, náuseas, disfunción sexual, sudoración, temblores, aumento de peso). En general, en las comparaciones entre antidepresivos individuales no hubo diferencias en la intensidad de los eventos adversos, aunque entre algunos, la frecuencia fue diferente (Anderson IM, 2008; Gartlehner G, 2011; Lam RW, 2009).

Casi un 60% de los pacientes tratados con antidepresivos de segunda generación presentó disfunción sexual. El bupropion provoca menores tasas que escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina, mientras que las tasas de la paroxetina son superiores a las de otros antidepresivos de segunda generación. Los ISRS y antidepresivos de segunda generación no parecen asociarse a un incremento del riesgo de suicidio en adultos (Anderson IM, 2008; Gartlehner G, 2007; Gartlehner G, 2011).

Aunque algunos estudios han señalado que la mirtazapina podría presentar mayor rapidez de acción que otros ISRS, su eficacia antidepresiva no es mayor. La tasa de respuesta es similar a las 4 semanas y para encontrar una respuesta adicional en la primera o segunda semana, el NNT es de 7 (Gartlehner G, 2011; Lam RW, 2009). La agomelatina parece ser más eficaz que placebo y similar a otros antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor, aunque con resultados contradictorios (Koesters M, 2013; Taylor D, 2014). Tiene menos efectos adversos que otros antidepresivos, aunque algunos son potencialmente graves (Singh SP, 2012; Kasper S, 2013; Lam RW, 2009; Howland RH, 2011).

¿Qué hacer si el paciente no responde?

Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial, se recomienda (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009):

- Revisar el diagnóstico.
- Verificar el cumplimiento de la toma del tratamiento en dosis y tiempo.
- 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:

- Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.
- Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.

Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias:

- Cambio de antidepresivo a otro de la misma o distinta familia.
- Combinación de antidepresivos.
- Potenciación con litio o antipsicóticos.

Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo, 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.

La combinación de ISRS y mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos.

La potenciación con litio o con **quetiapina** puede ser también una estrategia a considerar, teniendo en cuenta el incremento de los efectos adversos.

Cuando se utilice la potenciación o la combinación de fármacos:

- 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.

No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con buspirona, carbamazepina, lamotrigina, valproato, pindolol, hormonas tiroideas, zinc o benzodicepinas.

Las benzodicepinas pueden producir mejoría de algunos síntomas de la depresión. Sin embargo, su utilización no debería prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia.

¿Qué seguimiento hacer?

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 (APA, 2010).

Aunque es creencia general que el inicio del efecto de los fármacos antidepresivos no se produce hasta pasadas 4 ó 6 semanas, el inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas. Más del 60% de la mejoría tiene lugar en las primeras 2 semanas de tratamiento (Gartlehner G, 2007; Nierenberg AA, 2000; Taylor MJ, 2006). Se recomienda informar especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los antidepresivos.

El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser estrecho, al menos en las 4 primeras semanas. Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada deberían ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y en caso de que presenten una depresión mayor grave y sean tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberían ser valorados antes de 8 días tras la instauración del tratamiento.

En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivo y terapia cognitivo-conductual.

La decisión sobre la derivación a otro dispositivo desde atención primaria se realizará siguiendo criterios de gravedad:

- Riesgo de suicidio o heteroagresividad.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Sospecha de bipolaridad.
- Depresión moderada de alta recurrencia.
- Episodios depresivos prolongados.
- Abuso de sustancias.
- Negación del trastorno.
- Tras dos o más intentos fallidos de tratamiento.
- Cuando el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas.

¿Durante cuánto tiempo?

El riesgo de recurrencia en la depresión mayor es alto y así, la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres (ICSI, 2004).

Se recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio y en ese momento valorar con el paciente la posibilidad de prolongarlo teniendo en cuenta el número de episodios previos, la presencia de síntomas residuales, concurrencia de comorbilidades o existencia de dificultades psicosociales (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.

El cese de un tratamiento antidepresivo debe realizarse reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas necesitarán periodos más prolongados, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina.

Bibliografía

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Centro de Informacion online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA [acceso 27/07/2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA); 2010.
- Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol. 2008;22(4):343-96. PubMed [PMID: 18413657](#)
- Angora-Cañego R, Esquinas-Requena JL, Aguera-Ortiz LF. Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología medica concomitante. Psicogeriatría. 2012;4(1):1-19. [Texto completo](#)
- Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, Iruin A, García B. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-13. [Texto completo](#)
- García-Herrera Perez Bryan JM, Nogueras Morilla EV, Munoz Cobos M, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresion en Atención Primaria. Málaga: Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario"Carlos Haya"; 2011. [Texto completo](#)
- Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux L, Van Noord M, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. Ann Intern Med. 2011;155(11):772-85. PubMed [PMID: 22147715](#). [Texto completo](#)
- Gartlehner G, Hansen RA, Thieda P, DeVaugh-Geiss AM, Gaynes BN, Krebs EE, et al. Comparative Effectiveness of Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression. Comparative Effectiveness Review No. 7. (Prepared by RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. [Texto completo](#)
- Koesters M, Guaiana G, Cipriani A, Becker T, Barbui C. Agomelatine efficacy and acceptability revisited: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomised trials. Br J Psychiatry. 2013;203(3):179-87. PubMed [PMID: 23999482](#)
- Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al.; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S26-43. PubMed [PMID: 19674794](#)
- Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D, et al.; Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013. [Texto completo](#)
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults (updated edition) [Internet]. London: The British Psychological Society; 2009. National Clinical Practice Guideline 90 [acceso 27/7/2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/cg90-depression-in-adults-full-guidance2>
- Nierenberg AA, Farabaugh AH, Alpert JE, Gordon J, Worthington JJ, Rosenbaum JF, et al. Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment. Am J Psychiatry. 2000;157(9):1423-8. PubMed [PMID: 10964858](#). [Texto completo](#)
- Palao DJ, Pérez-Solà V, Aragonés E, Jódar I. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2010. [Texto completo](#)
- Taylor D, Paton C, Kapur S. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust & Oxleas NHS Foundation Trust. Prescribing guidelines. 10th ed. London: Informa Healthcare; 2010.
- Taylor D, Sparshatt A, Varma S, Olofinjana O. Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies. BMJ. 2014;348:g1888. PubMed [PMID: 24647162](#). [Texto completo](#)
- Taylor MJ, Freemantle N, Geddes JR, Bhagwagar Z. Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(11):1217-23. PubMed [PMID: 17088502](#). [Texto completo](#)
- Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al.; Community Preventive Services Task Force. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2012;42(5):525-38. PubMed [PMID: 22516495](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Este documento tiene como punto de partida 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. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/01. [Versión completa](#) [Versión resumida](#)

Autores

■ Arturo Louro González	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
■ María Elena de las Heras Liñero	Médico Especialista en Psiquiatría (2)
■ Gerardo Atienza Merino	Doctor en Medicina (3)
■ Yolanda Triñanes Pego	Licenciada en Psicología (4)
■ María Álvarez Ariza	Médico Especialista en Psiquiatría (5)
■ Amparo González García	Diplomada en Enfermería. Especialista en Salud Mental (6)
■ Delia Guitián Rodríguez	Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica (7)

(1) Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.
(2) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
(3) Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.
(4) Técnica de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.
(5) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
(6) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
(7) Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.

Miembros del Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Servizo Galego de Saúde.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

