

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de la
Depresión en el Adulto Mayor en el
Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica clínica Para el **Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**. México: Secretaría de Salud; **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

F32.0 Episodio depresivo leve

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

Autores

Por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr Eddie Alberto Favela Pérez	Cardiología	IMSS/ Delegación Yucatán/ UMAE Mérida	Médico No Familiar asignado al Departamento Cardiología
Dr José Juan García González	Medicina Geriátrica	IMSS/ Delegación Querétaro/ HGZ No. 1, Querétaro, Querétaro .	Médico No Familiar
Dra Guadalupe Estela Minerva Manilla Aragón	Medicina Familiar	IMSS/ UMF 35 Culiacán, Sinaloa	Médico Familiar
Dra María Alejandra Rivera Roldán	Psicología Clínica	IMSS/Delegación 3 Suroeste/ UMF 1 Distrito Federal	Psicólogo
Dra María de Jesús Lozano Ortega	Psicología Clínica	Hospital Psiquiatría San Fernando/ IMSS	Psicólogo
Dr. José Javier Sánchez Pérez	Psiquiatría	UMAE HE S XXI IMSS/ Delegación Yucatán/ UMAE Mérida	Médico No Familiar asignado al Departamento Cardiología
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Medicina Interna	IMSS/ Coordinación de Unidades Médicas de Alta especialidad	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Validación Interna:			
Dr José Manuel Sosa Hernández	Psiquiatría	IMSS/Unidad de Atención Médica	Médico No Familiar
Dra Ariadna Rubio Ramírez	Psicología Clínica	IMSS/ Coordinación de Unidades Médicas de Alta	Jefe de Área de Psicología

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 Justificación.....	7
3.2 Objetivo de esta Guía.....	7
3.3 Definición.....	8
4. Evidencias y Recomendaciones.....	9
4.1 Prevención Primaria.....	10
4.1.1 Promoción de la Salud.....	10
4.1.1.1 Estilo de vida.....	10
4.2 Prevención Secundaria.....	12
4.2.1 Detección.....	12
4.2.1.1 Pruebas de Detección Específica.....	12
4.3 Diagnóstico.....	12
4.3.1 Diagnóstico Clínico (ver anexo 6.3).....	12
4.4 Tratamiento.....	13
4.4.1 Tratamiento Farmacológico (ver anexo 6.4).....	13
4.4.2 Tratamiento No Farmacológico.....	16
4.5 Criterios de Referencia y Contrareferencia.....	19
4.5.1 Criterios técnicos médicos de referencia.....	19
4.5.1.2 Referencia al tercer nivel de atención Estilo de vida.....	19
4.6 Vigilancia y Seguimiento.....	20
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda.....	22
Algoritmos.....	23
5. Definiciones Operativas.....	24
6. Anexos.....	26
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	26
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	27
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad.....	31
6.4 Medicamentos.....	32
7. Bibliografía.....	36
8. Agradecimientos.....	37
9. Comité Académico.....	38
10. Directorio.....	39
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	40

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO:	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Geriatra, Psicólogo, Psiquiatra
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	f32 episodio depresivo, f33 trastorno depresivo recurrente
CATEGORÍA DE GPC	Primer Nivel de Atención Diagnóstico
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico General, Psicólogo, Psiquiatra y Geriatra
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Unidades Médicas, División de Excelencia Clínica Delegaciones Yucatán, Querétaro, Sinaloa, 3 Suroeste. UMAE participantes: Mérida. HE SXXI Unidades Médicas participantes: HGZ 1 Querétaro, UMF 35 Sinaloa Culiacán, UMF 1 Distrito Federal, UMAE Yucatán, UMAE HE SXXI, Hospital de Psiquiatría San Fernando, IMSS Coordinación de Unidades Médicas, Atención Médica, División de Excelencia Clínica
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres 60 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de riesgos, diagnóstico oportuno, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, criterios de referencia al Segundo Nivel y criterios de seguimiento
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Disminución del número de consultas, referencia oportuna y efectiva, satisfacción con la atención, mejora de la calidad de vida, diagnóstico oportuno de depresión e incremento en la resolutivez en el Primer Nivel de Atención
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 16 Guías seleccionadas: 3 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores que se relacionan con la depresión en el adulto mayor?
2. ¿Cuál es la utilidad para el médico familiar, de las pruebas de escrutinio para la depresión en el adulto mayor?
3. ¿Cuál es el tratamiento psicológico más adecuado en el manejo de la depresión en el adulto mayor?
4. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico más adecuado en el primer nivel para la depresión en el adulto mayor?
5. ¿Existe un beneficio en la combinación de intervenciones psicológicas con el tratamiento medicamentoso para la depresión en el adulto mayor?
6. ¿Cómo desarrollar las redes de apoyo para la prevención y tratamiento de la depresión en el adulto mayor?
7. ¿Cuáles son los criterios para la referencia del adulto mayor con depresión al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La depresión es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. Se diferencia por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en el egreso de clínicas y se incrementa a 40% en el egreso de los pacientes hospitalizados; la mayor proporción de pacientes con comorbilidad depresiva se encuentra en la enfermedad cerebrovascular (30-60%), en enfermedad arterial coronaria (> 44%), en el cáncer (40%), en la enfermedad de parkinson (40%) y en la enfermedad de Alzheimer (20-40%). La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%, sin embargo es frecuentemente subdiagnosticada y por ende subatendida. Generalmente la sintomatología es atribuida a actitudes propias de la edad. La falta de su manejo ocasiona un incremento en la demanda de los servicios por atención de síntomas relacionados y deterioro de la calidad de vida, elevando en consecuencia los costos de la atención. La depresión en el adulto mayor puede ser considerada como un síndrome caracterizado por un conjunto variable de alteraciones cognitivas, afectivas que repercuten en el grado funcional de la persona, abarcando el espectro de la enfermedad desde la distimia hasta episodios de depresión mayor. La prevalencia en población mexicana, es de hasta el 40% (García 2004) y para la depresión mayor del 7 al 11% (Caraveo 1999, y Bello 2005).

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica para Detección oportuna y diagnóstico de cáncer de colon y recto no hereditario en adultos en primero, segundo y tercer nivel de atención forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del

Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Describir las características de los individuos adultos con diferentes riesgos para desarrollar cáncer de colon y recto no hereditario.
- Reconocer los principales datos clínicos de cáncer de colon y recto no hereditario en población adulta.
- Establecer la utilidad de las diferentes pruebas de detección del cáncer de colon y recto no hereditario en población adulta.
- Identificar la ruta diagnóstica a seguir cuando se sospecha cáncer de colon y recto no hereditario en la población adulta.
- Determinar los criterios de referencia para segundo y tercer nivel de los pacientes con sospecha de cáncer de colon y recto no hereditario en población adulta

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Depresión: Es una enfermedad mental, no un defecto de carácter, caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, y un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	Z++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El médico familiar debe fomentar estilos de vida saludables (ejercicio aeróbico, dieta sana, erradicación de tabaquismo, etc.), así como promover la asistencia a grupos de afinidad y terapia ocupacional, en todo adulto mayor</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Cuando el equipo de salud identifique la aparición de un evento crítico en la vida del adulto mayor (pérdida o enfermedad severa de un familiar directo, pérdida de independencia económica, bandono familiar, etc.) el paciente deberá ser referido a psicología y/o trabajo social</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

4.1.1.2 FACTORES DE RIESGO. (IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los adultos mayores cuyas condiciones de vida son adversas, padecen aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante y presentan mayor riesgo de depresión</p>	<p>NICE 2007</p>
	<p>El médico familiar identificará dentro de su población adscrita a los adultos mayores y su grado de afectación por los diferentes factores de riesgo para depresión</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Los factores de riesgo para depresión (ambiente social, familiar, presencia de enfermedades discapacitantes, abandono familiar, situación económica familiar deberá identificar, etc.)</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Debe identificarse y controlarse la comorbilidad (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, etc.) existente en el adulto mayor</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Ante la inasistencia de un adulto mayor a su consulta programada deberá realizarse contacto por vía telefónica para confirmar la causa subyacente</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>En la medida de sus posibilidades, las unidades de medicina familiar deberán instalar una línea telefónica (línea dorada) para apoyo y asesoría en salud para el adulto mayor</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El escrutinio debe efectuarse en los servicios del 1er y 2º nivel de atención, en los grupos de alto riesgo para desarrollar depresión, (Vg. historia previa de depresión, enfermedad física incapacitante, otros problemas mentales asociados como la demencia, etc.)</p>	C NICE 2004
 <p>Debe realizarse el escrutinio anual de depresión en los pacientes adultos mayores para propiciar su detección temprana y el tratamiento oportuno</p>	la Pignone MP. 2002
 <p>En todo adulto mayor el profesional de la salud deberá interrogar sobre su estado anímico actual, utilizando preguntas con los siguientes conceptos: ¿Durante el último mes ha tenido decaimiento, desesperanza o depresión? ¿Durante el último mes ha tenido periodos de poco interés o insatisfacción al hacer las cosas?</p>	B NICE 2004
 <p>Por su alta sensibilidad y especificidad, se recomienda como prueba de escrutinio para la depresión en el adulto mayor, el empleo de La Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE</p>	✓ Buena Práctica

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO (VER ANEXO 6.3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Los profesionales de salud responsables de la atención de los pacientes con depresión deben realizar un abordaje estructurado y metódico para su diagnóstico y tratamiento</p>	✓ Buena Práctica
 <p>En el adulto mayor con depresión es importante considerar su estado físico, condiciones de vida y aislamiento social a través de un enfoque multidisciplinario</p>	✓ Buena Práctica

E

La presentación atípica de la depresión puede manifestarse a través de sobreingesta de alimentos e incremento en las horas de sueño; este síndrome puede estar asociado a poca reactividad y respuesta anormal a relaciones afectivas e hipersensibilidad emocional. En el adulto mayor puede existir ansiedad, predominio de los síntomas somáticos sobre los afectivos, pérdida de memoria, deterioro cognoscitivo y síntomas sicóticos (ilusiones, delirios de persecución, sentimientos excesivos de culpa y nihilismo)

C
NICE 2007

✓/R

El médico familiar deberá aplicar las recomendaciones para el adecuado manejo de la comorbilidad de acuerdo a las guías de práctica clínica correspondientes

✓
Buena Práctica

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VER ANEXO 6.4)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓/R

Para la decisión del tratamiento, el médico familiar debe discutir con el paciente y su familia, las alternativas terapéuticas, tomando en consideración otros factores como eventos previos de depresión, la presencia de problemas sociales o interpersonales asociados

C
NICE 2004
✓
Buena Práctica

✓/R

Cuando la atención del pacientes se realice entre el 1° y 2° nivel, debe existir un acuerdo claro y explícito entre los profesionales de la salud que comparten la responsabilidad del tratamiento y seguimiento; así mismo debe propiciarse compartir con el paciente el plan de tratamiento y en su caso con los familiares o sus cuidadores

C
NICE 2004
✓
Buena Práctica

E

Los antidepresivos no están recomendados para el tratamiento de la depresión leve, porque el margen de la relación riesgo beneficio es pequeño

C
NICE 2007

R

El uso de antidepresivos puede ser recomendado en la depresión leve, cuando ésta es persistente a pesar de otras intervenciones, o cuando está asociado a problemas psicosociales o médicos.

C
NICE 2007

R

El uso de antidepresivos debe ser considerado en pacientes con depresión leve e historia de depresión moderada o severa

C
NICE 2007

E

Los medicamentos antidepresivos han demostrado mayor efectividad en la depresión moderada

NICE 2007

R

En depresión moderada el tratamiento antidepresivo debe ser ofrecido rutinariamente a los pacientes antes que las intervenciones psicológicas

B
NICE 2007

R

Deben establecerse las medidas de comunicación adecuadas con el paciente acerca de la terapia farmacológica, los efectos colaterales y los riesgos de la suspensión del tratamiento

C
NICE 2007

✓/R

Los pacientes que empiecen tratamiento antidepresivo deben ser informados acerca del tiempo de inicio del efecto y la pertinencia de su apego, pudiendo utilizarse apoyo escrito

C
NICE 2007
✓
Buena Práctica

R

Cuando un antidepresivo es prescrito debe elegirse un inhibidor de la recaptura de la serotonina, ya que es igualmente efectivo que los tricíclicos pero con menos efectos secundarios, son el medicamento de elección en los adultos mayores por menores efectos secundarios, principalmente cardiovasculares

A
NICE 2007
C
Alexopoulos GS, 2005

R

Cuando se prescribe un inhibidor de la recaptura de serotonina, la fluoxetina y citalopram son una elección razonable, porque se asocian generalmente con menores síntomas de supresión al discontinuar el tratamiento

C
NICE 2007

R

El inicio del tratamiento antidepresivo en el adulto mayor debe ser gradual, empezando con la mitad de la dosis mínima recomendada durante 1 semana, y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima

B
Lapid M, 2003

✓/R

En el inicio del tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina, los profesionales de la salud deben buscar activamente signos de acatimia, ideas suicida e incremento de la ansiedad y la agitación. Se debe advertir a los pacientes del riesgo de estos síntomas en los estadios iniciales del tratamiento, e informar que deben buscar ayuda inmediatamente si se presentan

C
NICE 2007
✓
Buena Práctica

✓/R

Con el uso de la fluoxetina en el adulto mayor, deben vigilarse estrechamente la aparición de efectos secundarios y considerar las interacciones farmacológicas

NICE 2007
✓
Buena Práctica

R

Cuando se inicia el tratamiento antidepresivo en pacientes con infarto del miocardio reciente o angina inestable, la sertralina es el medicamento de elección por la evidencia sobre su seguridad en estos casos

B
NICE 2007

R

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina, al igual que doxepina, amoxapina, maprotilina, trazodona) deben ser evitados en el adulto mayor con depresión, así como los inhibidores de la monoaminoxidasa (tranilcipromina, moclobemide y isocarboxácida)

C
Alexopoulos GS, 2005

R

Las benzodiazepinas sólo deben prescribirse cuidadosamente para el adecuado control de los efectos secundarios de los antidepresivos como la ansiedad y la agitación

C
NICE 2007

✓/R

En pacientes con depresión y comorbilidad importante, debe considerarse continuar con el tratamiento para la depresión, utilizando las alternativas terapéuticas más adecuadas para la comorbilidad y las eventuales interacciones medicamentosas, siendo en general, la opción más adecuada el citalopram

NICE 2007
✓
Buena Práctica

R

Los antidepresivos deben continuarse por al menos 6 meses después de la remisión del episodio de depresión, ya que esto reduce ampliamente el riesgo de recaída

A
NICE 2007

E

Se debe considerar falla terapéutica en el adulto mayor cuando no exista respuesta a dosis adecuada para la edad en un lapso de 6 semanas, pero si existe respuesta parcial, puede ampliarse este plazo por 6 semanas más

C
NICE 2007

R

Existe información sobre el efecto benéfico de la Hierba de San Juan en la depresión de leve a moderada, sin embargo los profesionales de la salud, deben abstenerse de prescribirla y advertir acerca de su uso por la limitada posibilidad de dosificarla adecuadamente, la variación de la naturaleza y calidad de los preparados y los riesgos de interacción con otras sustancias como anticonceptivos, anticoagulantes y anticonvulsivantes

C
NICE 2007

R

Todos los pacientes a quienes se les prescribe antidepresivos, deben ser informados que estos medicamentos no están asociados a tolerancia y pueden presentar síntomas por la disminución de la dosis, el olvido de alguna toma o suspensión de su ingesta. Estos síntomas son usualmente leves y autolimitados, pero pueden ocasionalmente ser severos, en particular cuando la suspensión es abrupta

C
NICE 2007

R

Los profesionales de la salud deben retirar gradualmente los antidepresivos durante un periodo de 4 semanas, en algunos casos, dicho periodo podrá ser mayor para evitar la aparición de los efectos secundarios por supresión del fármaco.

C
NICE 2007

4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓/R

Cuando el equipo de salud identifique disfunción en el núcleo familiar del paciente adulto mayor con depresión, deberá ser incluido en sesiones de terapia familiar

✓
Buena Práctica

E

Existe un amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizada en los adultos mayores con depresión, ya que en general, presentan la misma respuesta que los pacientes jóvenes

C
NICE 2007

R

Los pacientes con depresión pueden beneficiarse con medidas de higiene del sueño

C
NICE 2007

✓/R

En pacientes con depresión leve debe considerarse la preferencia del paciente en relación al tipo e inicio del tratamiento.

C
NICE 2007
✓
Buena Práctica

✓/R

Los pacientes con depresión leve de todas las edades, deben ser informados de los beneficios de un programa estructurado y supervisado de ejercicio, de más de 3 veces por semana y una duración de entre 45-60 min. por un periodo de 10 a 12 semanas

C
NICE 2007
✓
Buena Práctica

R

Las guías de autoayuda deben consistir en la provisión de material apropiado y un programa de intervenciones del profesional de la salud, quien típicamente introduce los programas y revisa los progresos. Esta intervención normalmente dura entre 6-9 semanas incluyendo el seguimiento

B
NICE 2007

R

En las intervenciones psicológicas los profesionales de salud deben desarrollar y mantener una apropiada alianza terapéutica, que deriva en resultados positivos, independientemente del tipo de terapia provista.

C
NICE 2007

R

Tanto en la depresión leve como moderada, el tratamiento psicológico se dirigirá específicamente a la depresión con terapias de solución de problemas, terapias cognitivas conductuales breves y consejería, de 6-8 sesiones por un periodo de 6-12 semanas.

B
NICE 2007

R

En los pacientes con depresión moderada, los profesionales de la salud deben considerar un programa de terapia cognitiva conductual

B
NICE 2007

R

La terapia psicológica de elección para la depresión moderada, severa y para depresión resistente al tratamiento, es la terapia cognitiva conductual, la terapia interpersonal puede ser considerada si el paciente la prefiere

B
NICE 2007

R

La terapia cognitiva conductual debe ser ofrecida a los pacientes con depresión moderada a severa que no tomen o que rechacen el tratamiento farmacológico antidepressivo

B
NICE 2007

R

Para la depresión moderada a severa, el tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses

B
NICE 2007

R

La terapia cognitiva conductual puede ser considerada para pacientes que no tengan una adecuada respuesta a otros tratamientos para la depresión (antidepressivos, intervenciones psicológicas breve, etc.)

C
NICE 2007

R

La terapia cognitiva conductual debe ser implementada en pacientes con depresión grave, en quienes la presencia de efectos secundarios de los antidepressivos es una prioridad clínica o bien por sus preferencias personales

B
NICE 2007

R

Para los pacientes con depresión grave que inician un curso de terapia cognitiva conductual, debe proporcionársele 2 veces por semana durante el primer mes, en tanto es referido para su atención psiquiátrica especializada

C
NICE 2007

R

La terapia de pareja focalizada, puede ser una alternativa para pacientes con depresión que tengan una pareja regular, y en los cuales no se presentó un beneficio con la intervención individual previa. Un adecuado esquema de terapia focalizada de pareja incluye entre 15 y 20 sesiones en un periodo de 5-6 meses

B
NICE 2007

R	Los pacientes con depresión crónica pueden ser beneficiados del soporte social adicional, la técnica de “amigo terapéutico o de contención” puede ser considerada en conjunto con el tratamiento farmacológico y psicológico. Esta técnica puede ser proporcionada por voluntarios entrenados y la duración de la interacción debe ser de entre 2 a 6 meses	C NICE 2007
R	El apoyo por vía telefónica debe ser considerado para todos los pacientes con depresión y ser proporcionado por miembros del equipo de salud debidamente entrenados	B NICE 2007
R	Los servicios de salud deben establecer programas de atención multifactoriales, e integrales (multidisciplinarios) que claramente especifiquen los protocolos de atención y las intervenciones en salud para el cuidado de las personas con depresión	C NICE 2007
✓/R	Las unidades de primer nivel deben establecer la secuencia de actividades y los momentos de participación de los miembros del equipo de salud, en la atención integral del paciente adulto mayor con depresión	C NICE 2007 ✓ Buena Práctica
✓/R	Como herramienta general, se recomienda aplicar la Guía de Autocuidado del Adulto Mayor de PREVENIMSS	✓ Buena Práctica

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.5.1 CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

4.5.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto; background-color: #90EE90; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ✓/R </div> <p>En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p>	✓ Buena Práctica



Cuando exista falta de respuesta al tratamiento recomendado para el primer nivel de atención, deberá referirse al médico psiquiatra del 2º nivel que corresponda

✓
Buena Práctica



Cuando el paciente represente un riesgo para el mismo o para otros debe ser enviado urgentemente al servicio de psiquiatría correspondiente

C
NICE 2007
✓
Buena Práctica



Ante la presencia de acatimia, agitación marcada o prolongada, atribuible al tratamiento antidepresivo, debe enviarse al paciente al servicio de psiquiatría correspondiente, para ajuste del tratamiento farmacológico

✓
Buena Práctica



Todo paciente que presente depresión mayor o la presencia de síntomas psicóticos deben ser enviados al servicio de psiquiatría correspondiente

✓
Buena Práctica



Los pacientes que presenten recidiva de la depresión, deberán ser enviados al servicio de psiquiatría correspondiente, para su manejo farmacológico

✓
Buena Práctica



El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente adulto mayor con depresión

✓
Buena Práctica

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El médico familiar debe preguntar directamente sobre la presencia de ideas e intentos suicidas

✓
Buena Práctica



Los pacientes que iniciaron tratamiento farmacológico antidepresivo que no tienen riesgo suicida deben ser vistos en intervalos aproximada de 2-4 semanas los primeros 3 meses, y si la respuesta es adecuada, en forma más espaciada

C
NICE 2007

R

Cuando un paciente presenta respuesta favorable a la terapia cognitiva conductual, debe considerarse un esquema de sesiones de seguimiento, las cuales podrán ser de entre 2 a 4 en un periodo de 12 meses

C
NICE 2007

R

Los pacientes con depresión moderada que rechacen tratamiento, deberán tener un seguimiento a las 2 semanas para evaluación y en su caso insistir en el tratamiento

C
NICE 2007

R

Los servicios de salud deben establecer contacto con los pacientes deprimidos que no acudan a sus citas de seguimiento

C
NICE 2007

✓/R

A los pacientes referidos al 2° nivel por alto riesgo de suicidio, se les debe continuar proveyendo el soporte adicional, incluido el contacto estrecho por parte del equipo de salud del 1° nivel, incluido el seguimiento telefónico

✓
Buena Práctica

✓/R

Cuando falla la respuesta terapéutica en un paciente deprimido debe verificarse que el medicamento sea ingerido de manera adecuada y continua

✓
Buena Práctica

✓/R

Los profesionales de la salud deben concientizar al paciente, al familiar o al cuidador, la necesidad de vigilar e informar a sus médicos, sobre la presencia de síntomas de supresión

✓
Buena Práctica

✓/R

El personal de enfermería geriátrica y de enfermería especialista en atención primaria a la salud, deben participar en la detección temprana, tratamiento y seguimiento de los pacientes adultos mayores con depresión, en el primer nivel de atención

✓
Buena Práctica

R

Después de 6 meses de tratamiento antidepressivo posterior a la remisión, los profesionales de la salud deben evaluar con el paciente la pertinencia de continuar el tratamiento. Esta revisión debe incluir considerar el número de episodios previos, la presencia de síntomas residuales y las dificultades psicosociales concurrentes

C
NICE 2007



La Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE se puede utilizar para el seguimiento del adulto mayor con depresión y para definir su respuesta al tratamiento

✓
Buena Práctica

4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

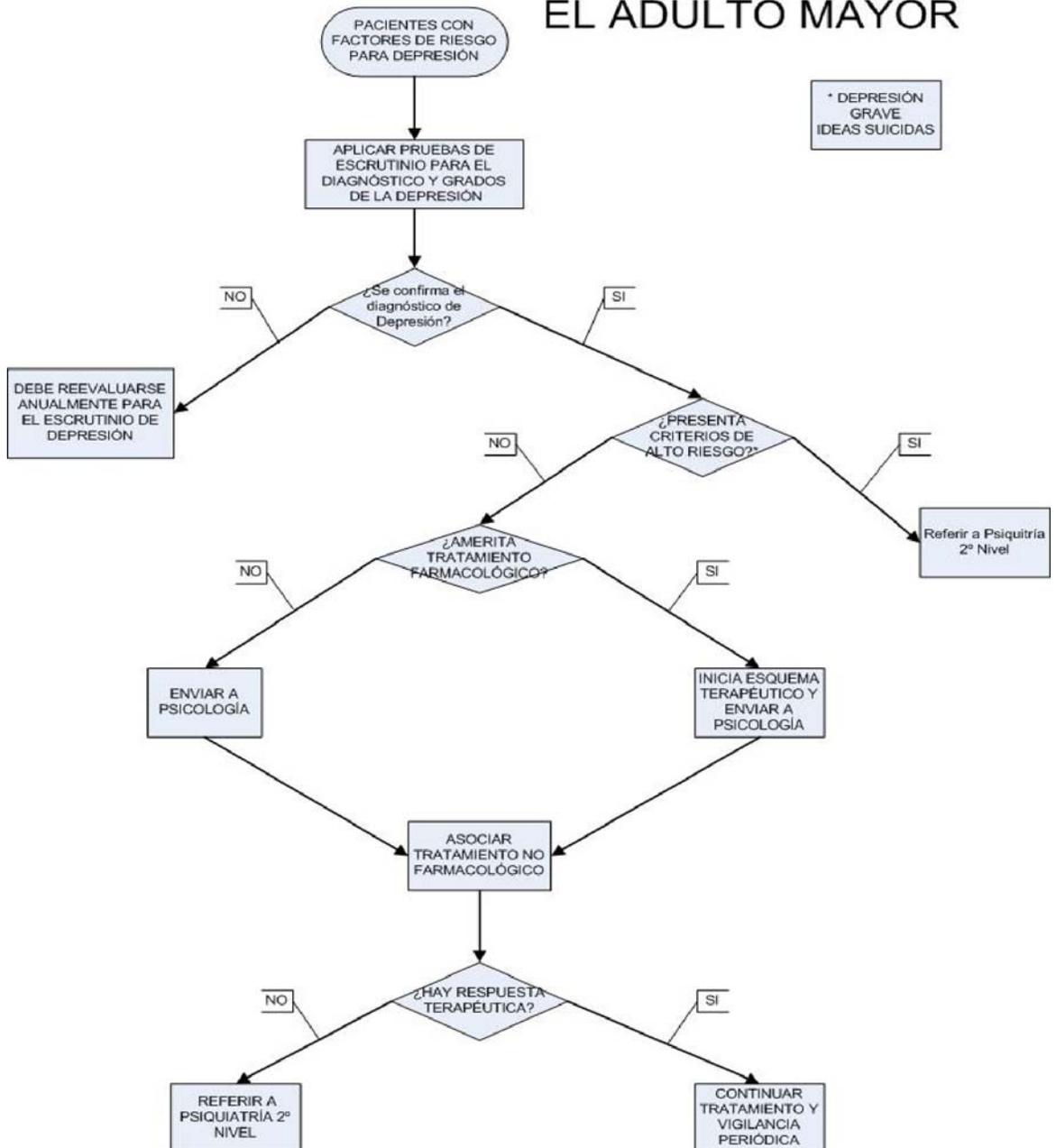


En los pacientes adultos mayores asegurados en el régimen obligatorio, la gravedad del episodio depresivo y su respuesta al tratamiento, en conjunto con las disposiciones legales y lineamientos en la materia, son las directrices fundamentales para considerar la necesidad de incapacidad temporal para el trabajo

✓
Buena Práctica

Algoritmos

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR



5 . DEFINICIONES OPERATIVAS

Adulto mayor: Persona 60 años de edad.

Acatia: Es una condición de inquietud motora en la cual hay una sensación de temblor muscular y una urgencia de estar moviéndose constantemente, incapacidad de quedarse quieto. Es un efecto secundario frecuente de los medicamentos neurolépticos, principalmente antipsicóticos, lo cual es raro en los antidepresivos y particularmente en los inhibidores de la recaptura de serotonina.

Amigo Terapéutico o de Contención: Es la interacción personal y plática como con un amigo, entre un voluntario entrenado y un paciente deprimido, por lo menos una hora a la semana.

Consejería: Una intervención psicológica con reuniones planeadas de 50-60 minutos de duración. La intervención puede tener un abordaje de facilitación, frecuentemente con un enfoque terapéutico, pero puede ser estructurado y en ocasiones dirigido.

Distimia: Se caracteriza por sentimientos de tristeza que tienen una duración de más de 2 años y con frecuencia se acompaña de letargo y autocrítica desproporcionada, presenta repercusión variable en la funcionalidad del individuo, sin que esto incapacite la vida diaria.

Factor de Riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedad o alteración de la salud; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

Hierba de San Juan: Extracto de la planta *Hypericum perforatum* utilizada durante siglos para el tratamiento de la depresión. En pocos lugares posee licencia para preparados. Posee al menos 10 elementos o grupos de componentes que contribuyen a su efecto farmacológico, pero su mecanismo de acción exacto es desconocido. Entre otras cosas incluye naphthodianthrones, flavonoides, xantones y biflavonoides.

Higiene del Sueño: Prácticas conductuales que promueven un sueño continuo y reparador.

Ilusión: Distorsión de la percepción sensorial.

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina: Es una clase de medicamentos antidepresivos que aumenta el nivel de serotonina en el cerebro.

Insight: Condición mediante la cual una persona obtiene de manera abrupta una representación mental de una situación específica consciente o inconsciente.

Nihilismo: Negación de todo principio religioso, político y social.

Psicoterapia Interpersonal: Una intervención psicológica discreta, de tiempo limitado, estructurada, derivada del modelo interpersonal de desórdenes del afecto, con énfasis en los elementos interpersonales y donde el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente para

identificar los efectos y áreas problemáticas relacionadas a los conflictos interpersonales, a las transiciones del rol, duelo, comportamientos sociales y el efecto sobre los síntomas comunes (sentimientos, problemas); busca la disminución de los síntomas a través del aprendizaje en la forma de abordar y resolver los problemas en las áreas interpersonales.

Red de Apoyo: Servicio o personas que apoyan al paciente en su enfermedad.

Serotonina: Neurotransmisor que regula la interconexión neuronal en el sistema límbico, se considera influye en el estado de ánimo.

Trastorno Depresivo Recurrente: El desarrollo de un desorden depresivo en una persona que ha presentado previamente depresión.

Terapia Cognitiva Conductual: Es una intervención psicológica discreta, de tiempo limitado, estructurada, derivada del modelo cognitivo conductual de los desórdenes afectivos, en la cual los pacientes trabajan con el terapeuta para identificar los diferentes tipos y efectos del pensamiento, creencias y síntomas actuales, así como áreas problemáticas. Desarrolla objetivos para identificar, monitorizar y controlar pensamientos problemáticos, creencias e interpretaciones relacionadas a los síntomas/problemas objetivo y enseña un repertorio de respuestas a situaciones problemáticas.

Terapia de Pareja Focalizada: Es una intervención psicológica de tiempo limitado, derivada del modelo del proceso interaccional de las relaciones. Se dirige a ayudar al participante a entender los efectos de sus interacciones con otros factores del desarrollo y mantenimiento de sus síntomas y problemas. El propósito es cambiar la naturaleza de las interacciones de tal forma que puedan desarrollar relaciones con más apoyo y menos conflictivas.

Terapia de Solución de Problemas: Una intervención psicológica discreta, a tiempo limitado, estructurada, que hace énfasis en el aprendizaje de cómo resolver un problema específico en el cual el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente, para resolución de los problemas en forma específica.

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Depresión en el Adulto Mayor en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. National Institute for Clinical Excellence/National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of depression in primary and secondary care. Nice Clinical Guideline 23 (amended) 2007
3. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136: 765-776.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "depresión in adults" AND "Diagnosis" AND "Treatment"

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de

recomendaciones. Se marcaron con el signo \checkmark y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo \checkmark y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. La Escala Modificada De Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO II. MODELO DEL SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)

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

Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

✓ 1	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
-----	--

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

CUADRO III. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

NIVELES DE EVIDENCIA

Tipo de Evidencia científica	Niveles
Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 b	Ia
Estudios de nivel 1 b	Ib
Estudios de nivel 2 c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2	II
Estudios de nivel 3 d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3	III
Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y /o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'	IV
Notas: a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática. b Estudios	

de nivel 1: . aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard) . en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de esta características: . población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba) . utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia') . la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada Estudios de casos y controles. d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendación	Evidencia
A	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios con un nivel de evidencia II
C	Estudios con un nivel de evidencia III
D	Estudios con un nivel de evidencia IV

6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA (GDS) A continuación le haré una serie de preguntas, por favor, responda sí o no de acuerdo a como se haya sentido en las dos últimas semanas.		
22.1 ¿Está usted satisfecho con su vida	1 No, 0 Si	
22.2 ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	0 No, 1 Si	
22.3 ¿Siente usted que su vida está vacía?	0 No, 1 Si	
22.4 ¿Se aburre usted con frecuencia?	0 No, 1 Si	
22.5 ¿Tiene usted esperanzas en el futuro?	1 No, 0 Si	
22.6 ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	0 No, 1 Si	
22.7 ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	1 No, 0 Si	
22.8 ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	0 No, 1 Si	
22.9 ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	1 No, 0 Si	
22.10 ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	0 No, 1 Si	
22.11 ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	0 No, 1 Si	
22.12 ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez que salir y hacer cosas nuevas?	0 No, 1 Si	
22.13 ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	0 No, 1 Si	
22.14 ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?	0 No, 1 Si	
22.15 ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	1 No, 0 Si	
22.16 ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	0 No, 1 Si	
22.17 ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	0 No, 1 Si	
22.18 ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	0 No, 1 Si	
22.19 ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	1 No, 0 Si	
22.20 ¿Le es difícil comenzar nuevos proyectos?	0 No, 1 Si	
22.21 ¿Se siente usted lleno de energía?	1 No, 0 Si	
22.22 ¿Siente usted que su situación es desesperante?	0 No, 1 Si	
22.23 ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	0 No, 1 Si	
22.24 ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?	0 No, 1 Si	
22.25 ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	0 No, 1 Si	
22.26 ¿Tiene usted problemas para concentrarse?	0 No, 1 Si	
22.27 ¿Disfruta usted el levantarse por las mañanas?	1 No, 0 Si	
22.28 ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	0 No, 1 Si	
22.29 ¿Es fácil para usted el tomar decisiones?	1 No, 0 Si	
22.30 ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	1 No, 0 Si	
Suma el puntaje total de la escala, si es igual o mayor a 11, entonces el paciente tiene altas probabilidades de tener depresión. Esta escala esta validada en adultos mayores 1,2,3 y tiene una sensibilidad del 84 %, especificidad 95%4.		

1.- Lawhorne L. Depression in the older adult, Prim Care Clin Office Pract 2005; 32: 777-792

2.- Alexopoulos G, Borson S, Cuthbert B, et al. Assessment of Late Life Depression. Biol Psychiatry 2002;52:164-174

3.- Nease D., Malouin J. Depression screening. A practical Strategy. Journal of the Familiar Practice 2003 52(82): 118-126.

4.- Yesavage J, Brink T. Development and validation of a geriatric depression Screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17 (1): 37-49.

6.4 MEDICAMENTOS

CUADRO II. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
TRICLICICOS							
	Nortriptilina	10 a 25 mg Mantenimiento 50 a 150 mg					
	Desimipramina	10 A 25 mg Mantenimiento 75 a 150 mg					
INIBIDORES DE RECAPTURA DE SEROTONINA							
4483	Fluoxetina	10 mg Mantenimiento 10 a 50 mg	Tableta o cápsula		Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad inmediata	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. 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	Hipersensibilidad a fluoxetina. Ancianos. Insuficiencia hepática y / o renal. Lactancia
5481	Paroxetina	10 mg Mantenimiento 10 a 20 mg	Tableta		Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural	Incrementa el efecto de los inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad a paroxetina. Insuficiencia renal y / o hepática

5487	Citalopram	10 mg Mantenimiento 20 a 40 mg			Sequedad de boca, náusea, somnolencia, diaforesis, temblor	Con inhibidores de la monoaminoxidasa y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida	Hipersensibilidad al fármaco. Administración concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa.
4484	Sertralina	25 mg Mantenimiento 50 a 150 mg	Cápsula o tableta		Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida	Hipersensibilidad a sertralina. Epilepsia. Tendencias suicidas. Lactancia. Daño hepático
4480	Escitalopram	5 mg Mantenimiento 10 a 20 mg	Tableta		Cefalea, náusea, vómito, diarrea, boca seca, somnolencia, insomnio, mareo, prurito, angioedema, sudoración Mareo, insomnio, cefalea, náusea, estreñimiento, xerostomía, taquicardia, hipotensión arterial	Con inhibidores de la MAO, tramadol, se han observado alteración en la concentración sérica cuando se administra con omeprazol, cimetidina, desipramina y metoprolol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Con ketoconazol se incrementan 50 % las concentraciones plasmáticas de los enantiómeros de reboxetina. La interacción con alimentos y lorazepam no es	hipersensibilidad al fármaco

						<p>clínicamente significativa. No altera la función cognitiva en voluntarios sanos que ingieren alcohol. No se ha evaluado el efecto simultáneo con otros antidepresivos. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE NORADRENALINA						
4487	Reboxetina	4 a 8 mg Mantenimiento 8 a 12 mg				Hipersensibilidad al fármaco
NUEVOS AGENTES QUE NO SON ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS						
4488	Venlafaxina	50 a 75 mg Mantenimiento 75 a 225 mg	Cápsula o gragea d eliberación prolongada	Náusea, pérdida de peso, mareo, sedación, somnolencia, taquicardia, palpitaciones	Con inhibidores de la monoaminoxida sa, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula farmacéutica. Embarazo. Lactancia. Menores de 18 años
5490	Mirtazapina	7.5 a 15 mg Mantenimiento 15 a 45 mg	Tableta	Aumento del apetito y ganancia ponderal, somnolencia, hipotensión ortostática, manía, convulsiones, edema, depresión aguda de la médula ósea	Puede potenciar los efectos sedantes de las benzodicepinas y también la acción sedante del alcohol sobre el sistema nervioso central. No se deberá administrar en forma concomitante con los inhibidores de la monoaminoxida sa, ni dentro de las dos semanas de haber suspendido la terapia con estos agentes	Hipersensibilidad al fármaco, menores de 18 años
	Bupropion	75 a 100 mg Mantenimiento 200 a 300 mg				

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961–70.
2. Alexopoulos GS., Borson S., Cuthbert BN., et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*. 2002; 52: 164-174.
3. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing* 2001; 30: 13-17.
4. Bello M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex*. 2005; 47 suppl 1: S4-S11.
5. Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*; 1999; 2: 7-17.
6. García C. Depresión en el anciano; una perspectiva general, en *La Salud del Adulto Mayor*. Instituto Mexicano del Seguro Social 1er ed, México D.F. 2004. pp 209-233.
7. Lapid M, Rummans T. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1423 - 1429.
8. Lawhorne L. Depression in older adult. *Prim Care Clin Office Pract*. 2005; 2005: 777-792.
9. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005; 353: 1819-34.
10. National Institute for Clinical Excellence/National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2004.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of depression in primary and secondary care. *Nice Clinical Guideline 23 (amended)* 2007.
12. Nease DE., Malouin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Practice*. 2003; 52: 118-126.
13. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;136: 765-776.
14. Schwenk TL. Diagnosis of late life depression: The view from primary care. *Biol Psychiatry*. 2002; 52: 157-163.
15. Valenstein M., Vljan S., Zeber JE, et al. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med*. 2001; 134: 345-360.
16. Yesavage JA., Brink TL., Rose EL., et al. Development and validation of geriatric depression creening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983; 17: 37-49.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE División de Excelencia Clínica Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuahtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico