

Documento de Briefing: El Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria

Fecha: 26 de octubre de 2023 **Ponentes:** Dr. Adrián Neira (Psiquiatra, Hospital de Gran Canaria) y Dra. Yolanda Martín (Médico de Familia, Centro de Salud Sánchez de Vallecas) **Tema Principal:** Tratamiento interactivo de la depresión con comorbilidades desde la Atención Primaria.

1. Introducción a la Depresión y su Contexto Global

La depresión es un trastorno mental significativo debido a su **alta prevalencia y las dificultades en su manejo**. Es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial.

Prevalencia Creciente: Ha habido un aumento global de la depresión, un **50% entre 1990 y 2017**, pasando de 172 millones a 250 millones de personas deprimidas. "Ha habido un repunte después de la pandemia, pero ya antes de la pandemia, como veremos ahora, había habido un aumento de casos a nivel mundial."

Factores Socioeconómicos: Contrario a la intuición, los países con **mayor nivel socioeconómico** han experimentado un aumento más significativo en la incidencia de la depresión. "no hay una relación directa entre el nivel socioeconómico del país y la presencia o no de... de hecho los que más se deprimen son las personas mejor situadas económicamente."

Prescripción de Antidepresivos en España: La prescripción de antidepresivos se **multiplicó por tres en 13 años (2000-2013)**. Actualmente, el **10% de los españoles** tienen un antidepresivo pautado. Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), específicamente **escitalopram, paroxetina y sertralina**, son los más prescritos.

Impacto de Género: La depresión es el doble de frecuente en mujeres que en hombres. La Organización Mundial de la Salud considera que, en el mundo occidental, la depresión es la **primera causa de discapacidad en mujeres jóvenes (mayores de 18 años)**. Se estima que una de cada cinco mujeres en Europa y América padecerá depresión a lo largo de su vida.

2. Diagnóstico y Síntomas de la Depresión

Para el diagnóstico de depresión, se requieren al menos **cinco de nueve síntomas** durante al menos **dos semanas casi a diario**. Es obligatorio que uno de los dos **síntomas nucleares** esté presente:

Ánimo triste (sentimiento de tristeza)

Anhedonia (ausencia de sensación de placer)

La depresión es una **enfermedad plurisintomática** que abarca síntomas somáticos, afectivos y cognitivos. La mayoría de los pacientes presentan entre siete y ocho síntomas.

Síntomas Afectivos: Sentimiento de tristeza y anhedonia son los más prevalentes. La **falta de libido** también es un síntoma importante.

Síntomas Cognitivos/Conductuales: Dificultad de concentración, problemas de atención, desesperanza (frecuente en ancianos), y pensamientos rumiatorios sobre la muerte.

Síntomas Neurovegetativos: Trastornos del sueño (insomnio, fundamentalmente) y alteraciones en la conducta alimentaria (exceso o defecto). La fatiga o cansancio crónico ("estoy cansada, doctora") a menudo es una manifestación subyacente de depresión, especialmente en pacientes ancianos.

3. Factores de Riesgo y Recurrencia

Factores de Riesgo para un Primer Episodio (Población Sana): Ser mujer.

Historia familiar de depresión (herencia).

Acoso cibernético (ciberbullying).

Vida sedentaria: Aumenta el riesgo de depresión **dos veces**. "La gente sedentaria tiene dos veces más riesgo de deprimirse que la gente que hace deporte."

Tiempo frente a pantallas en internet: Más de **3 horas diarias en redes sociales en adolescentes** aumenta el riesgo de depresión **por tres**.

Factores de Riesgo de Recurrencia (Una vez superado el episodio): Síntomas persistentes residuales: Anhedonia, trastornos del sueño (insomnio) y disfunción cognitiva. Es crucial preguntar por estos síntomas durante la recuperación. "Si siguen estando estos síntomas de aquí, los persistentes residuales, la posibilidad de que la depresión vuelva también aumenta."

Comorbilidades asociadas al dolor.

4. Riesgo de Suicidio

El suicidio es una de las mayores preocupaciones asociadas a la depresión.

Estadísticas en España: Se suicidan **más hombres que mujeres** (aproximadamente tres veces más).

La cifra total de suicidios en España en **2023 superó las 4.200 personas**, con un promedio de **12 suicidios cada 24 horas**.

En la **primera mitad de 2024, las cifras de suicidios están bajando** en comparación con 2023, excepto en menores de 15 años.

La edad con mayor riesgo de suicidio es entre **45 y 64 años** ("hombre de mediana edad deprimido, hay que vigilar mucho y preguntar mucho por el riesgo de suicidio"). La segunda franja es entre 30 y 44 años.

Factores de Riesgo Modificables de Suicidio: **Insomnio:** Más de la mitad de los intentos de suicidio y el 70% de las ideas suicidas ocurren a partir de las 12 de la noche en noches de insomnio. "O sea, que ojo al insomnio, ¿vale? Aumenta el riesgo de suicidio."

Dolor Incontrolado/Inaguantable: No solo dolores crónicos severos, sino también dolores como la **migraña de repetición o la artritis** pueden aumentar el riesgo. "La repetición del dolor que no está controlado es lo que lleva a que se intente el paciente suicidar en el caso de que el dolor sea, como les he dicho, insoportable para él."

5. Tratamiento de la Depresión: Enfoque y Guías

El manejo de la depresión es complejo, ya que muchos pacientes no responden a los tratamientos de primera línea. Una **tercera parte de los pacientes no responde al primer antidepresivo** pautado.

Guías Clínicas: Se recomienda la **Guía Canadiense** por su prestigio y evidencia.

Duración del Tratamiento: Para un primer episodio depresivo, la guía canadiense sugiere mantener el tratamiento hasta **2 años sin interrupción**, dependiendo de la gravedad del episodio (ej., si hubo riesgo de suicidio). En casos graves, el tratamiento puede ser **indefinido**. La decisión debe ser **centrada en el paciente**. "La guía se centra mucho en la atención centrada en el paciente y que el paciente en base a tus recomendaciones realice una actuación u otra actuación."

Tasa de Recurrencia: Más de la mitad de los pacientes que han tenido un primer episodio de depresión, volverán a deprimirse una segunda vez. "La depresión tiende a hacerse crónica, por tanto tiende a volver."

5.1. Tratamientos No Farmacológicos y Psicológicos

Ejercicio Físico: La guía canadiense es la primera guía internacional que recomienda el **ejercicio como tratamiento de primera línea en monoterapia para la depresión leve**, con un alto nivel de evidencia.

Protocolo: 9 semanas seguidas, 3 sesiones por semana, de 30 minutos cada una, de ejercicio **aeróbico** (hay que sudar). El efecto antidepresivo se asocia a la liberación de endorfinas que modifican las conexiones de serotonina.

Terapia Lumínica: Útil en regiones con poca exposición solar (ej., Alaska, Noruega).

Probióticos: **No recomendados** para la depresión, ya que no hay evidencia suficiente de su eficacia. "Los probióticos no sirven de mucho. A día de hoy no hay evidencia suficiente."

Psicoterapia: Recomendado combinar psicoterapia con tratamiento farmacológico desde el principio. Sin embargo, en la práctica, la disponibilidad de psicólogos en Atención Primaria es limitada. "Menos de la mitad [tienen psicólogo en su centro de salud]."

Hábitos Higiénico-Dietéticos: Fundamentales. Incluyen animar a los pacientes a salir de casa y establecer rutinas.

5.2. Tratamiento Farmacológico (Antidepresivos)

Elección del Antidepresivo: La **eficacia de los antidepresivos de primera línea es similar**, por lo que la elección se basa en otros factores como:

Tolerabilidad y efectos adversos: Algunos, como la **reboxetina**, tienen peor tolerabilidad y por ello están en tercera línea. La **vortioxetina** se destaca por un buen perfil de eficacia y tolerabilidad.

Sintomatología del paciente:**Depresión apática:** Se busca aumentar adrenalina y dopamina (para placer y motivación).

Depresión con ansiedad: Se busca aumentar la serotonina.

Historia previa de respuesta familiar: La respuesta a un antidepresivo parece ser heredable.

Comorbilidades: Importante considerar otras patologías (cardiovasculares, dolor, etc.).

Edad: Precaución con ciertos antidepresivos en ancianos.

Interacciones farmacológicas (polifarmacia).

Coste (en otros países).

Líneas de Tratamiento (Guía Canadiense):**Primera Línea:** ISRS (escitalopram, sertralina, paroxetina, fluoxetina, citalopram), venlafaxina, duloxetina, vortioxetina, agomelatina, mirtazapina. Todos tienen alta evidencia.

Segunda Línea: Antidepresivos tricíclicos (peor tolerabilidad).

Tercera Línea: IMAOs, reboxetina (poco usados).

Ajuste del Tratamiento (Switch/Ajuste): Es necesario subir dosis, combinar o cambiar antidepresivos si no hay respuesta. **La inercia no es una opción.** "casi un 60% de los pacientes sí van a responder, pero y ese 30 y 40%, ¿qué hacemos con ellos?"

Los cambios frecuentes pueden generar desconfianza en el paciente.

5.3. Casos Clínicos y Consideraciones Especiales

Depresión en Ancianos (Caso Manuela, 72 años):

Síntomas: Angustia, ideas de miedo a morir, sentirse una carga, insomnio. Tercer episodio depresivo.

Antidepresivos a Evitar: Paroxetina y tricíclicos en ancianos debido a su perfil de seguridad.

Antidepresivos Seguros: Sertralina, vortioxetina o duloxetina.

Ansiolíticos (Benzodiacepinas): Deben mantenerse por **poco tiempo (2-4 semanas)** para evitar dependencia.

La **vortioxetina** ha mostrado una respuesta **dosis-dependiente en síntomas ansiosos**, lo que ayuda a reducir la necesidad de ansiolíticos.

Depresión y Dolor Crónico (Caso Sandra, 46 años, Fibromialgia):

El dolor es un factor de riesgo de depresión y viceversa. La mujer es más propensa a ambas condiciones simultáneamente.

Tipos de Dolor que Más Deprimen: El **dolor facial** (ej., neuralgia del trigémino) es el que más se asocia a depresión (85%). También el dolor lumbar y la fibromialgia.

Tratamiento de Elección: Antidepresivos que aumentan **serotonina y adrenalina** (SNRIs), como **duloxetina y venlafaxina**, son los más eficaces para el dolor crónico, neuropático, postoperatorio, de espalda y fibromialgia.

ISRS (ej., sertralina) no son eficaces para el dolor en fibromialgia ("ISRS no se pone en fibromiasias porque no ayuda a que el dolor se reduzca").

Vortioxetina: Un estudio español reciente (2023) sugiere que la vortioxetina podría **reducir la gravedad de la depresión y el dolor** en pacientes con dolor crónico resistente a otros tratamientos, posiblemente a través del antagonismo de los receptores de serotonina 3 y 7, que producen analgesia y reducción de la sensibilidad.

Depresión y Comorbilidades Cardiovasculares (Caso Marta, 55 años, post-infarto, hipertensa, diabética, obesidad):

Las **enfermedades cardiometabólicas** son comorbilidades muy frecuentes en pacientes con depresión.

Riesgos de Antidepresivos: Muchos antidepresivos pueden **aumentar el intervalo QT** y tener efectos adversos cardiovasculares, especialmente a dosis más altas.

Antidepresivos a Considerar: Sertralina: Es el ISRS con **menos efectos adversos cardiovasculares** notificados.

Agomelatina: Segura a nivel cardiovascular, pero **cuidado con el hígado**.

Mirtazapina: Cuidado con el **aumento de peso**, lo cual es problemático en pacientes cardiometabólicos.

Trazodona: No recomendada por efectos adversos cardiovasculares e hipnóticos.

Vortioxetina: No ha reportado evidencia científica de efectos adversos cardiovasculares y tiene un posible efecto antiinflamatorio. También es segura en pacientes **antiagregados** (ej., con clopidogrel).

Insuficiencia Renal (Enfermedad Renal Grado 3A): La **vortioxetina no requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal**, lo que la convierte en una opción segura y ventajosa. Es crucial ajustar la dosis de otros antidepresivos si es necesario en función del filtrado renal.

6. Mensajes Clave para Llevar a Casa

Tratamiento Farmacológico de Primera Línea: Además de los ISRS, existen tratamientos nuevos y seguros como la **vortioxetina** que no precisan ajustes y tratan comorbilidades.

Enfoque Centrado en el Paciente: La elección del antidepresivo debe basarse en el paciente individual, su respuesta, características y comorbilidades.

Manejo de la Resistencia al Tratamiento: El **30% de los pacientes no responderán a la primera línea**. En estos casos, se debe considerar un **cambio de dosis, combinación o cambio de familia/molécula de antidepresivo**. La inercia no es una opción.