



Red Canadiense para el Tratamiento de los Estados Afectivos y la Ansiedad (CANMAT) 2016. Guías clínicas para el tratamiento de adultos con trastorno depresivo mayor: Sección 6. Poblaciones especiales: jóvenes, mujeres y ancianos

► Método

Se analizaron los estudios relevantes publicados en inglés del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015. Cada recomendación incluyó el nivel de evidencia para las diversas líneas de tratamiento, utilizando criterios específicos. El mejor nivel de evidencia (Nivel I) lo obtuvo el metaanálisis con un adecuado tamaño de muestra y controles aleatorizados.

Esta guía abarca el tratamiento de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, mujeres en etapa perinatal y menopausia, así como en los ancianos. Otras secciones amplían los principios de atención y los tratamientos psicológicos, farmacológicos, de neuroestimulación, de medicina complementaria y alternativa.

Infancia y adolescencia: Período de desarrollo neurológico único

En 2014, el 11.4% de los jóvenes estadounidenses de entre 12 y 17 años reportó al menos un Episodio Depresivo Mayor (EDM). En 2012 el 8.2% de jóvenes canadienses de entre 15 y 24 años reportaron algún EDM. Se recomienda emplear herramientas de detección de depresión estandarizadas para evaluar a niños y jóvenes. Cuando sea factible, los proveedores del cuidado de la salud deben usar entrevistas semiestructuradas (por ejemplo, Kiddie Schedule for Affective Disorders [K-SADS]). Aunque los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, la manifestación de los síntomas puede diferir según el grupo de edad; los adolescentes suelen presentar más hipersomnia, menos cambios en el apetito y el peso, así como menor presencia de

síntomas psicóticos que los niños. La edad del paciente debe tomarse en cuenta al evaluar a los niños y jóvenes, al seleccionar el tratamiento y realizar su seguimiento. La mejor práctica clínica incluye el uso de varias fuentes de diagnóstico. La atención clínica puede ser suficiente para reducir síntomas depresivos de un EDM leve. Otros enfoques de apoyo incluyen la psicoeducación, escucha activa y empática, asesoría sobre estilos de vida saludables, como higiene del sueño, hábitos alimenticios adecuados y ejercicio (Tabla 1).

Depresión perinatal

Los EDM unipolares que ocurren durante el embarazo y en el primer año posparto se denominan Depresión

Tabla 1. Tratamiento del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes

Recomendación	Tratamiento	Nivel de evidencia
Primera línea	TCC o TIP	Nivel 1
	Piscoterapia a través de Internet (Severidad leve, siempre y cuando no se pueda otorgar en persona)	Nivel 1
Segunda línea	Fluoxetina	Nivel 1
	Escitalopram, sertralina, citaloprama	Nivel 2
Tercera línea	Venlafaxina, ^b Antidepresivo Tricíclico ^b	Nivel 2
Respues mínima o nula respuesta		
Primera línea	Agregar un ISRS a la psicoterapia	Nivel 1
Segunda línea	Cambiar a otro ISRS (si no hubo respuesta a fluoxetina)	Nivel 2
Tercera línea	Venlafaxina ^b	Nivel 2
	Antidepresivo tricíclico ^b	Nivel 3
Resistencia a tratamiento		
Primera línea	ISRS más psicoterapia	Nivel 2
Segunda línea	Cambiar a otro ISRS (si no hubo respuesta a fluoxetina)	Nivel 2
Tercera línea	Venlafaxina ^b	Nivel 2
	Antidepresivo tricíclico ^b	Nivel 3
	Neuroestimulación (Terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcranial)	Nivel 3

Eventos adversos/suicidio deben ser monitoreados durante el tratamiento con ISRS; seguimientos semanales son recomendados durante las primeras 4 semanas. TCC, terapia cognitivo-conductual; TEC, terapia electroconvulsiva; TIP, terapia interpersonal; ISRS, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. (a) No se recomienda en personas con síndrome de QT prolongado congénito, enfermedad cardíaca congénita o insuficiencia hepática. (b) Solo recomendado para adolescentes (mayores de 12 años).

Tabla 2. Tratamiento del trastorno depresivo mayor durante el embarazo

Recomendación	Tratamiento	Nivel de evidencia
Primera línea	TCC (individual o en grupo)	Nivel 1
	TIP (individual o en grupo)	Nivel 1
Segunda línea	Citalopram,, escitalopram, sertralina	Nivel 3
Tercera línea	Ejercicios estructurados, acupuntura (específica para depresión), terapia de exposición lumínica	Nivel 2
	Bupropion, desvenlafaxina, duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina	Nivel 3
	Mirtazapina, antidepresivos tricíclicos (precaución con clomipramina), venlafaxina	Nivel 4
	Terapia electroconvulsiva (para TDM grave, psicosis o depresión resistente a tratamiento)	Nivel 3
	Piscoterapia a través de Internet TCC, o mindfulness basado en TCC, psicoterapias de apoyo, terapia de pareja, psicoterapia psicodinámica, estimulación magnética transcraneal	Nivel 4
	Combinación de ISRS+TCC o TIP	Nivel 4

Para el trastorno depresivo mayor grave, las farmacoterapias se mueven cada vez más una línea de recomendación (por ejemplo, segunda línea se convierte en la primera línea), a pesar de la escasez de ensayos de tratamiento en mujeres embarazadas. No se recomiendan las psicoterapias y la medicina alternativa como monoterapia. La terapia electroconvulsiva sigue siendo la tercera línea de tratamiento.

Perinatal. El DSM-5 define Periparto como un EDM que surge durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto. Se ha reportado que hasta el 40% de los episodios depresivos mayores postparto comienzan durante el embarazo; hasta el 7.5% de las mujeres tendrán un EDM unipolar durante el embarazo, y el 6.5% experimentarán uno en los primeros tres meses después del parto. Cuando se consideran los casos de Trastorno Depresivo Menor (TDM) estas tasas aumentan a 18.4% y 19.2% respectivamente. Si no se tratan, los EDM pueden afectar el desarrollo infantil y el funcionamiento familiar y vocacional, así como incrementar el futuro riesgo de depresión (Tablas 2 y 3).

Depresión de inicio tardío

La depresión de inicio tardío se puede definir como un TDM que ocurre en adultos de 60 años o más. Es importante diferenciar la depresión de inicio en la adultez temprana, la cual puede recurrir en etapas tardías de la vida, de la depresión de inicio tardío, que tiene peor pronóstico y un curso más crónico, alta tasa de recaída, así como mayor comorbilidad médica no psiquiátrica, deterioro cognitivo y mortalidad. La hipóte-

Tabla 3. Tratamiento del trastorno depresivo de inicio en el postparto de leve a moderado durante la lactancia

Recomendación	Tratamiento	Nivel de evidencia
Primera línea	TCC (individual o en grupo)	Nivel 1
	TIP (individual o en grupo)	Nivel 1
Segunda línea	Citalopram, escitalopram, sertralina	Nivel 3
	Combinación de ISRS+TCC o TIP	Nivel 2
Tercera línea	Ejercicios estructurados, acupuntura (específica para depresión), piscoterapia a través de Internet TCC, o activación conductual	Nivel 3
	Fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, antidepresivos tricíclicos (excepto doxepina)	Nivel 2
	Bupropión, desvenlafaxina, duloxetina, mirtazapina, venlafaxina, estimulación magnética transcraneal, terapia de exposición lumínica	Nivel 3
	Terapia electroconvulsiva (Para TDM grave, psicosis o depresión resistente a tratamiento)	Nivel 3
	Mindfulness basado en TCC, psicoterapias de apoyo, terapia de pareja, psicoterapia psicodinámica	Nivel 4
	Combinación de ISRS+TCC o TIP	Nivel 4

Para el trastorno depresivo de inicio en el postparto las farmacoterapias se mueven cada vez más una línea de recomendación (por ejemplo, segunda línea se convierte en la primera línea), a pesar de la escasez de ensayos de tratamiento en esta población. No se recomiendan las psicoterapias y la medicina alternativa como monoterapia. La terapia electroconvulsiva sigue siendo la tercera línea de tratamiento.

Tabla 4. Algoritmo farmacológico para el tratamiento de la depresión de inicio tardío

Recomendación	Tratamiento	Nivel de evidencia
Primera línea	Duloxetina, mirtazapina, nortriptilina	Nivel 1
	Bupropión, citalopram/escitalopram, desvenlafaxina, duloxetina, sertralina, venlafaxina, vortioxetina	Nivel 2
Segunda línea	Cambio a nortriptilina	Nivel 1
	Moclobemide, fenelzina, quetiapina, trazodona	Nivel 2
	Bupropión	Nivel 3
	Combinar con aripiprazol, litio	Nivel 1
	Metilfenidato	Nivel 2
Tercera línea	Cambiar a amitriptilina, imipramina	Nivel 2
	Combinar con ISRS o ISRN con Bupropión.	Nivel 3

ISRS, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, ISRN, inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina.

sis de la depresión vascular postula que la enfermedad cerebrovascular predispone, precipita o perpetúa algunos síndromes depresivos en la vejez. Esta carga vascular afecta el circuito fronto-estriado, lo que resulta en depresión y deterioro cognitivo asociado especialmente a la disfunción ejecutiva. Teniendo en cuenta los desafíos en la interpretación de la evidencia de la depresión de inicio tardío, se recomienda un enfoque de tratamiento secuencial basado en la evidencia, en lugar de extrapolarlo de los ensayos individuales, si bien el juicio clínico sugiere elegir antidepresivos que pueden ser perjudiciales en los ancianos (por ejemplo, evitar los antidepresivos anticolinérgicos para minimizar la confusión y el riesgo de delirium) (Tabla 4).

Conclusiones

La eficacia de los tratamientos en estas poblaciones a menudo es más limitada que para la población gene-

ral y los riesgos de tratamiento son poco estudiados e informados en estos grupos. A pesar de la evidencia limitada, los datos existentes y la experiencia clínica sugieren que cada una de estas poblaciones especiales puede beneficiarse de la aplicación sistemática de pautas de tratamiento para el manejo de la depresión.

Alfonso Cabrera Lagunes

Bibliografía

McQueen, G. (2016). 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry*, 61(9), 588-603.