



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

[10]

GUÍA DEPRESIÓN

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

**FUNDACIÓN IHCAI
COLABORACIÓN COCHRANE**

OPS-OMS

GERENCIA

Lic. Alfredo Rolando Del Cid Pinillos

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD

Dr. Carlos Enrique Martínez Dávila

AGRADECIMIENTOS:

GRUPO DE DESARROLLO de la Unidad: **Centro de Atención Integral en Salud Mental**

COORDINADORA Grupo de Desarrollo:

Dra. Gladys Alvarado de Ochoa, Especialista en Psiquiatría

Dr. José Antonio Corrales Morales, Especialista en Psiquiatría

Dr. Egmidio Enrique Mendoza Gaitán, Especialista en Psiquiatría

Licda. Claudia Melgar Guzmán, Química farmacéutica

Dra. Priscilla Molina Morales, Jefa de Residentes

Dra. Paula Méndez Bonilla, Médica residente III

Dr. Jency Octavio Monterroso, Médico residente II

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales, Médico residente I

Licda. Consuelo Méndez Sánchez, Enfermera profesional

Débora Natareno Carrascosa, secretaria

REVISOR:

Dr. Ricardo Poggio, Especialista Psiquiatría Policlínica

COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA fundamentadas en MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:

Coordinador

Dr. Plinio Dardón Guzmán, Médico Auditor, Depto. Auditoria Servicios de Salud

Licda. Rossina Zuchini, Coordinadora de Unidosis

Licda. Mónica Selman de Zepeda, Jefa Sección de Asistencia Farmacéutica

Dr. José Fernando Ortiz Alvarado, Jefe de Sección de Epidemiología

Dr. José María del Valle Catalán, Asistente de Dirección SPS

Asesores externos:

Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

Dr. Luis Manuel López Dávila, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

Licda. Juanita Mejía de Rodríguez, Consultora OPS/OMS

Asesor internacional:

Dr. Mario Tristán, Director Fundación IHCAI, Colaboración Cochrane

Prólogo

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

Tabla No. 1*
Niveles de evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.). En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia** ^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto ^A (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

1a

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Su terapéutica y 4. Las recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia

No se pretende con ésta guía describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

El grupo de trabajo ha encontrado, a lo largo del proceso de elaboración, diversas dificultades, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, que no permiten todavía alcanzar todos los objetivos planteados en este instrumento AGREE. Estas dificultades parecen ser comunes a diferentes grupos de elaboración de Guías de Práctica Clínica en el mundo y afectan principalmente a los aspectos siguientes: participación activa de los pacientes, análisis de coste-efectividad, fase piloto previa a su publicación definitiva, criterios de evaluación y *auditoria*.

Por falta de información, no es sencillo hacer un análisis de costos.

El Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí, la importancia del propio juicio clínico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado y a los profesionales que trabajan por cuenta propia, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

ÍNDICE

GUÍA DE BOLSILLO	1
1 INTRODUCCIÓN	7
1.1. OBJETIVOS	8
2 CONTENIDO	9
2.1. TRASTORNO DEPRESIVO	9
2.1.1. Definición	9
2.1.2. Epidemiología	10
2.2. MONOGRAFÍA	11
2.2.1. Historia Clínica	12
2.2.2. Examen físico	12
2.2.3. Estudios de laboratorio y gabinete	12
2.2.4. Criterios diagnósticos	13
2.2.5. Clasificación de la entidad	14
2.2.6. Terapéutica	19
2.2.6.1. No Farmacológica	19
2.2.6.2. Farmacológica	23
3 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO	28
4 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	29
5 ANEXOS	31
I Algoritmos	31
II Factores de riesgo de suicidio	33
III Manejo de Depresión Clínica de Enfermedad Común	34
IV Metodología de la elaboración de la Guía Clínica	35
V Lista de abreviaturas	36
VI Definición de términos	37
VII Bibliografía	40
VIII Declaración de intereses	42
IX Fecha de elaboración y revisión	42
X Actualización	42

GUÍA DE BOLSILLO de Depresión

¿Qué es Depresión?

Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida –, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos subjetivos poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, ideas de desvalorización quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.

Tabla N° 1

Preguntas para tamizaje de Trastornos Depresivos
¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o), casi todos los días?
Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista, casi todos los días?
¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Tomado de Guía Clínica. Depresión en Personas de 15 años y Más. 2006 Ministerio de Salud de Chile.

GUÍA DE BOLSILLO de Depresión

Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE- 10

1. Criterios generales para episodio depresivo

- 1.1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- 1.2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas

- 2.1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día, casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- 2.2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- 2.3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

3. Además debe estar presente uno o más de la siguiente lista para que la suma total sea de al menos cuatro:

- 3.1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- 3.2. Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 3.3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- 3.4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión, vacilaciones.
- 3.5. Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- 3.6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

4. Puede haber o no Síndrome Somático

- 4.1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- 4.2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- 4.3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
- 4.4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- 4.5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- 4.6. Pérdida marcada del apetito.
- 4.7. Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes.
- 4.8. Notable disminución del interés sexual

GUÍA DE BOLSILLO de Depresión

¿Cuál es el Objetivo del Tratamiento?

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.

¿Qué tratamiento puedo dar?

Inicialmente al diagnosticar Depresión debemos considerar la severidad y tiempo de evolución.

En una depresión leve se puede dar terapia de apoyo escuchando a la persona, dando citas cortas más seguidas.

En caso de utilizar tratamiento psicofarmacológico debemos considerar algunos factores, que pueden decidir la elección del antidepresivo, siendo estos:

- Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo fármaco que ha probado anteriormente su utilidad (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado).
- Tolerancia a efectos secundarios. Perfil de toxicidad: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se toleran mejor, generalmente; y muchas veces, ya desde el inicio, se puede comenzar con dosis terapéuticas. Si se administran Antidepresivos tricíclicos, es recomendable comenzar con dosis más bajas que las terapéuticas, debido a sus efectos secundarios.
- Interacciones previsibles con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes.
- Coste económico: en la institución los antidepresivos son exclusivos de Nivel II.
- En cualquier caso, hay que tener presente que el efecto antidepresivo puede tardar en aparecer varios días o semanas, hasta llegar progresivamente a un punto óptimo que, cabe esperar, se mantenga. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo, no puede ser desechado por su ineficacia, aunque evidentemente, en la práctica clínica, no siempre puede esperarse tanto tiempo.

- **Antidepresivos**

- **Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoamina**

- Clomipramina 75 mg acción prolongada cada 24 horas
 - Imipramina 25 mg cada 8 horas
 - Tianeptina 12.5 mg cada 12 horas

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y duales**

- Escitalopram 10 mg cada 24 horas
 - Venlafaxina 75 mg cada 24 horas

GUÍA DE BOLSILLO de Depresión

¿Cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento antidepresivo?

Periodo de latencia en la respuesta al antidepresivo: tiempo necesario hasta que comience a manifestarse el efecto terapéutico del antidepresivo (entre 2-6 semanas)

Respuesta al tratamiento: disminución de al menos a la mitad de la severidad de los síntomas depresivos.

Remisión: Cuando el paciente recupera su estado previo de normalidad.

Tratamiento de continuación: Tiempo de tratamiento necesario para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.

Tras un primer episodio de depresión mayor, con una recuperación sintomática completa, se recomienda mantener el antidepresivo (es discutible si una dosis íntegra o una dosis más baja de mantenimiento) durante un periodo de 6 a 12 meses. Posteriormente, la retirada de la medicación debería ser progresiva y gradual.

Recuperación: Se considera que el paciente se ha recuperado del episodio después de 6-12 meses de tratamiento antidepresivo en los que permanece asintomático.

Recaída: Reparición de síntomas del mismo episodio depresivo.

Si se produce una recaída, entramos en el concepto de depresión recurrente. En este caso, si la recurrencia tiene lugar durante el tratamiento de mantenimiento profiláctico, es necesario optimizar las dosis como primera medida. Si la recaída ocurre una vez suprimido el tratamiento antidepresivo, hay que reanudar el mismo tratamiento que ya fue efectivo, y, en esta ocasión, mantenerlo durante 3-5 años una vez libre de síntomas. Una segunda recaída tras la supresión del tratamiento es indicación de tratamiento durante un periodo indefinido de años.

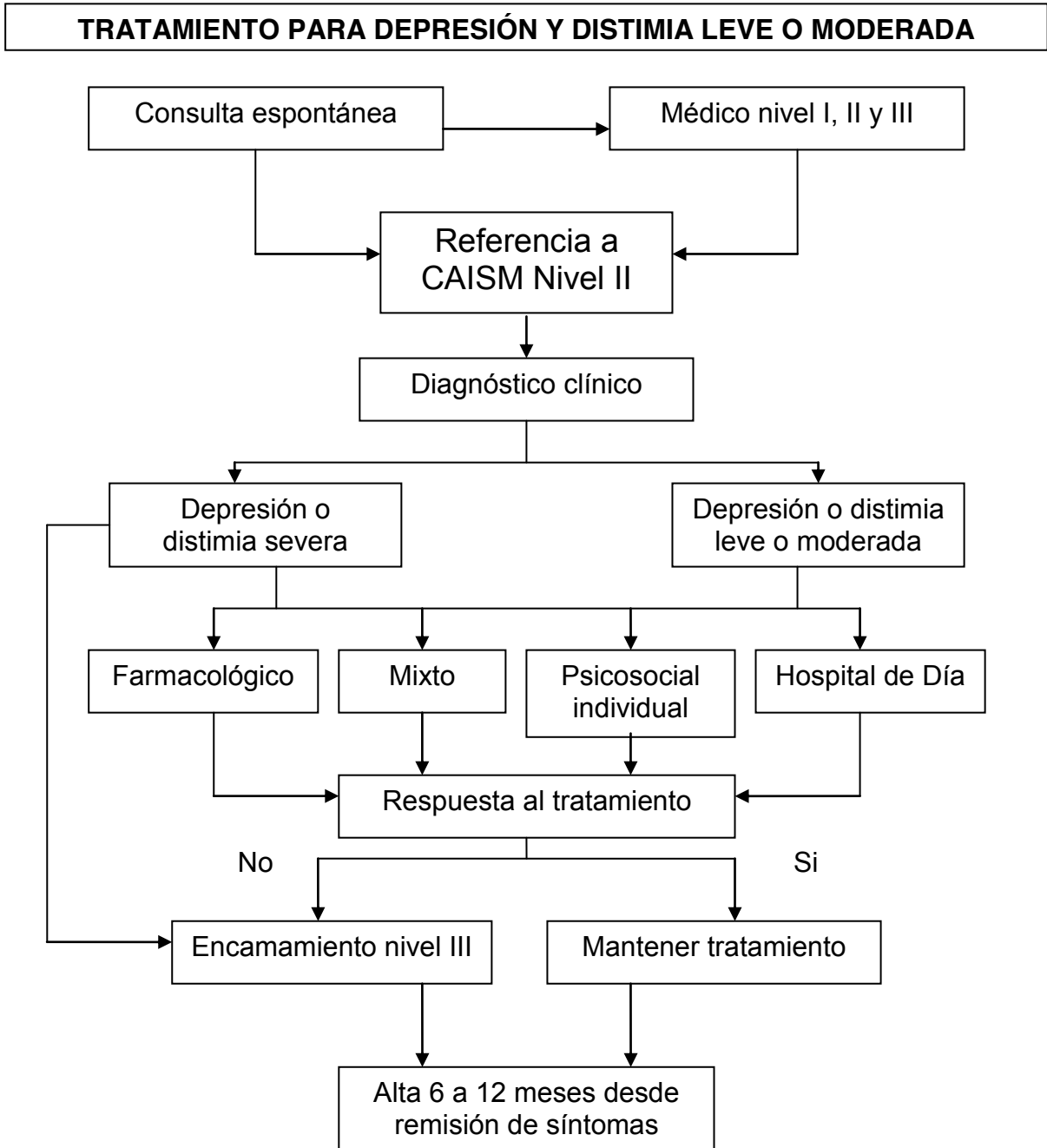
El control insatisfactorio de las recaídas nos lleva al concepto de depresión resistente, que deberá ser referida a nivel II.

Es muy importante tener en cuenta que la primera causa de escasa respuesta terapéutica es la de un inadecuado cumplimiento del tratamiento. Como cifras orientadoras, se puede decir que el 25 % de los pacientes abandonan el tratamiento antes de un mes, un 44 % antes de tres meses, y un 60 % de los pacientes lo hacen antes de los seis meses.

Psicoterapia

1. Información y educación. Hay que informar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad. Se trata, por un lado, de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza estable en el tiempo. Y que permita, en segundo lugar, una aproximación conjunta a la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento. El médico debe acompañar, y reforzar, el yo frágil del paciente, apoyándose en el establecimiento de esa relación de confianza.

GUÍA DE BOLSILLO de Depresión



GUÍA DE BOLSILLO de Depresión

Manejo de la Depresión en la clínica de enfermedad Común

Establecer el grado de depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos (CIE 10)



Evaluar las características psicológicas, sociales, culturales, y físicas de la persona, y la calidad de sus relaciones interpersonales. Considerar estos factores para la elección del tratamiento y su seguimiento.



En adultos mayores con depresión se debe evaluar el estado físico, las condiciones de vida y el grado de aislamiento social que mantenga.



Evaluar riesgo suicida en todas las personas deprimidas durante la entrevista inicial y durante el transcurso del tratamiento.



Evaluar factores de riesgo de suicidio. (Ver tabla 2 de la monografía).



Siempre preguntarle en forma directa a la persona deprimida sobre ideas o intentos suicidas o preguntar sobre sentimientos de desesperanza o desvalorización, se debe investigar si han ocurrido intentos suicidas previos.



Si la ideación suicida está presente, es importante determinar si la persona tiene un plan estructurado y sus intenciones de llevarlo a cabo.



Determinar si las personas con ideas suicidas tienen un apoyo social adecuado y están conscientes de recursos o fuentes de ayuda y recomendarles que acudan en busca de atención apropiada. (La emergencia hospitalaria está abierta las 24 horas).



Aconsejar a las personas con depresión y a sus cuidadores que están pendientes de cualquier cambio en su humor, conducta negativa, desesperanza, e ideas suicidas, especialmente durante períodos de riesgo por ejemplo al inicio del tratamiento antidepressivo o algún cambio de medicamento.



1 INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad mental, cada vez más frecuente en las sociedades desarrolladas, que afecta a personas de todas las edades.

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos – esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida–, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La diferencia entre un decaimiento pasajero y la enfermedad mental conocida como depresión estriba en que, en este último caso, el enfermo no puede superar el desánimo, la dolencia se hace cada vez más profunda y al cabo de un tiempo, disminuye su capacidad de desenvolverse en la vida diaria, tanto en el plano mental como en el de la funcionalidad.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, es frecuente encontrar dificultad en establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintómicas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades somáticas.

Cada año, el número de personas que padecen depresión va en aumento. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es mayor.

De los datos recopilados en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, observamos que en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en Consulta Externa, con un total de 11,069 con diagnóstico de depresión, siendo un 43 % de las patologías tratadas.

Según el Departamento de Estadística, la depresión ocupa uno de las diez causas principales de enfermedad en la población tratada en 2006.

La depresión es una enfermedad común médica y eminentemente tratable, esta asociada con un deterioro social y funcional así como altos costos directos e indirectos, sobre el cuidado de la salud.

La elaboración de la guía clínica basada en la evidencia es importante para definir criterios y estrategias a seguir en los distintos niveles de atención dentro del Instituto. No se pretende abarcar el tratamiento de depresión en niños y adolescentes, ya que la cobertura en nuestro medio es limitada. También hemos excluido casos individuales de comorbilidad específica, tales como depresión post-parto, depresión secundaria a medicamentos, etc.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar lineamientos terapéuticos basados en la evidencia científica para el manejo de la depresión en pacientes mayores de 18 años, siguiendo la política institucional del uso de recursos con que contamos en los distintos niveles de atención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Recomendar distintas opciones de diagnóstico y tratamiento de la depresión las cuales van dirigidas a los profesionales de consulta externa en general y especialistas de psiquiatría y de otras especialidades en clínica ambulatoria.

Proporcionar una atención optima a los afiliados utilizando los recursos clínicos y profesionales disponibles.

Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia del paciente con depresión.

Favorecer una actitud preventiva basada en fomentar estilos de vida saludables, que conduzcan a una vida más satisfactoria y de calidad.

2 CONTENIDO

2.1. TRASTORNO DEPRESIVO

2.1.1. DEFINICIÓN

El término Depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos en ausencia de manía o hipomanía.

La persona sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e incluso, en las formas leves a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados "síntomas somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado y grave.

Los síntomas requeridos por la CIE-10 para realizar el diagnóstico de Depresión, son muy parecidos a los que describe el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition-Text Revision) para realizar el diagnóstico de este trastorno.

Aunque el Trastorno Depresivo puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción. Después de un único episodio depresivo, el riesgo de presentar un segundo episodio es de aproximadamente 50 %, después del tercero, el riesgo de padecer un cuarto episodio es del 90 %.

Sin tratamiento, con frecuencia los trastornos depresivos tienen malos resultados a largo plazo. El suicidio es un problema obvio de salud pública que complica los trastornos del estado del ánimo con mayor frecuencia que otros trastornos. El riesgo del suicidio a lo largo de la vida en los sujetos con depresión mayor es del 10 al 15 %. Y el riesgo de tentativas de suicidio aumentó hasta 41 veces en los pacientes deprimidos en comparación con aquellos que tenían otros diagnósticos psiquiátricos. Las mujeres realizan tentativas de suicidio con mayor frecuencia que los varones, pero éstos tienen mayores probabilidades de consumarlo.

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del trastorno depresivo oscila entre el 2.6 y el 5.5 % en varones y entre el 6.0 y el 11.8 % en mujeres. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el 48 % de la población de Estados Unidos ha presentado como mínimo un episodio de trastornos del estado del ánimo a lo largo de la vida. La depresión unipolar en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones.

La incidencia de depresión mayor es superior en individuos separados o divorciados que en personas casadas, sobre todo en varones y en pacientes con enfermedad médica asociada.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen los problemas psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en asistencia sanitaria.

2.2. MONOGRAFÍA

2.2.1. Historia Clínica

En los episodios depresivos típicos, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Tabla N° 1

Preguntas para tamizaje de Trastornos Depresivos
¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o), casi todos los días?
Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista, casi todos los días?
¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Tomado de Guía Clínica. Depresión en Personas de 15 años y Más. 2006 Ministerio de Salud de Chile.

2.2.2. Examen Físico

Se realiza un examen físico de rutina.

2.2.3. Estudios de laboratorio y gabinete

Para todas las personas con depresión

- Hemograma
- Glicemia
- Nitrógeno de urea
- Creatinina en sangre
- T4 libre
- TSH
- Examen de orina completo
- Pruebas Hepáticas

Considerar según circunstancias Clínicas

- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Screening de drogas
- Perfil lipídico
- Tomografía Cerebral
- Detección de VIH
- Test de embarazo
- Electrolitos plasmáticos
- Test psicológicos (WAIS, Bender-Hutt, Rorschach)

RECOMENDACIONES OPERATIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO:

- Realización de historia clínica, con interrogatorio dirigido a aspectos de Salud Mental.
- Buscar Intencionadamente los Criterios para depresión de acuerdo al CIE-10 y DSM-IV que a continuación se marcan.
- Aplicación de la Escala de auto aplicación de Beck para depresión.
- Consultar los criterios diagnósticos del CIE-10 del F30 al 39 en el apartado de trastornos del humor (afectivos).
- Llevar a cabo pláticas de Fomento a la Salud Mental específicamente sobre el tema de depresión.

2.2.4. Criterios diagnósticos

Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10

a. Criterios generales para episodio depresivo

- 1 El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- 2 El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

b. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día, casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

c. Además debe estar presente uno o más de la siguiente lista para que la suma total sea de al menos cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión, vacilaciones.
5. Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

d. Puede haber o no Síndrome Somático

1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
6. Pérdida marcada del apetito.
7. Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes.
8. Notable disminución del interés sexual.

2.2.5. Clasificación de la entidad

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático:

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye:

Episodios aislados de:

- ◆ Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- ◆ Depresión psicótica.
- ◆ Psicosis depresiva psicógena.
- ◆ Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de ínter consulta de hospitales generales).

Incluye:

- ◆ Depresión atípica.
- ◆ Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

- ◆ Depresión sin especificación.
- ◆ Trastorno depresivo sin especificación.

En los episodios depresivos típicos, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PERSONAS EN EL MARCO DE LA GUÍA CLÍNICA

Personas mayores de 18 años en las que se detectan síntomas presuntivos de depresión.

Patologías Incorporadas:

Quedan incluidos las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

1. Episodio Depresivo Leve (F32.0)
2. Episodio Depresivo Leve sin Síntomas Somáticos (F32.00)
3. Episodio Depresivo Leve con Síntomas Somáticos (F32.01)
4. Episodio Depresivo Moderado (F32.1)
5. Episodio Depresivo Moderado sin Síntomas Somáticos (F32.10)
6. Episodio Depresivo Moderado con Síntomas Somáticos (F32.11)
7. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Sicóticos (F32.2)
8. Episodio Depresivo Grave con Síntomas Sicóticos (F32.3)
9. Otros Episodios Depresivos (F32.8)
10. Episodio Depresivo sin Especificación (F32.9)
11. Trastorno Depresivo Recurrente (F33)
12. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve (F33.0)
13. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve sin Síntomas Somáticos (F33.00)
14. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve con Síntomas Somáticos (F33.01)
15. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado (F33.1)
16. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado sin Síntomas Somáticos (F33.10)
17. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado con Síntomas Somáticos (F33.11)
18. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave sin Síntomas Sicóticos (F33.2)
19. Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave con Síntomas Sicóticos (F33.3)
20. Trastorno Depresivo Recurrente Actualmente en Remisión (F33.4)
21. Otros Trastornos Depresivos Recurrentes (F33.8)
22. Trastorno Depresivo Recurrente sin Especificación (F33.9)
23. Trastorno Depresivo Breve Recurrente (F38.10)

2.2.6. TERAPÉUTICA

2.2.6.1. No Farmacológica (en depresión leve)

Se utilizan técnicas psicológicas por profesionales capacitados y de amplia experiencia obteniendo respuestas favorables en el tratamiento de la depresión.

En cualquier intervención psicológica todos los profesionales de la salud deben desarrollar y mantener una alianza terapéutica apropiada, ya que esto está asociado con un resultado positivo independientemente del tipo de terapia que se utilice. .

D

▶ TERAPIA INDIVIDUAL

B

La terapia individual es un técnica que se utiliza para brindar apoyo rápido y concreto aquellos pacientes que por el contexto en que se encuentran es difícil proporcionarles un tratamiento mas prolongado y profundo para sus problemas teniendo como objetivo llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento haciendo el esfuerzo para fortalecer las defensas existentes a la vez que para elaborar mejores mecanismos de control, sus técnicas son utilizadas e implementadas por profesionales entrenados constituyéndose como terapia principal. (Bellak, 1993)

√

▶ TERAPIA DE GRUPO

B

Método utilizado por uno o varios terapeutas en el cual se reúnen dos o más personas denominadas pacientes más o menos permanentes. Son estructura abiertos o cerrados, heterogéneos en diagnostico y genero, en forma voluntaria donde las personas reunidas interactúan e interrelacionan con fines psicoterapéuticos. (Irving Yalom)

▶ BIODANZA

B

Biodanza es un sistema de integración y desarrollo humano basado en vivencias inducidas por la música, el movimiento y la emoción, con el fin de ayudar a la solución de conflictos interiores y al desenvolvimiento armónico de la personalidad. Se utilizan ejercicios y músicas organizadas con el fin de aumentar la resistencia al estrés, promover la renovación orgánica y mejorar la comunicación.

La práctica periódica de la Biodanza ayuda a superar enfermedades como el estrés, la depresión, la falta de deseo sexual o los trastornos de la alimentación. Además, fomenta el disfrute de los actos simples de la vida cotidiana como hablar y comer. Asimismo, potencia la sinceridad y la espontaneidad de la persona.

La Biodanza tiene como objetivo trabajar con la parte sana del individuo y fortalecer las áreas sanas del ser humano, no tiene edad, sexo, escolaridad al buscar el contacto.

▶ MUSICOTERAPIA

La música terapia es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente (Congreso Mundial de Musicoterapia, París, 1974).

B

Con la Musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes

Se puede trabajar cualquier tipo de problemática emocional abriendo canales de comunicación.

▶ PSICODRAMA

B

Es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. El psicodrama integra los aspectos: la parte corporal, las emociones y sentimientos y la comunicación verbal, con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones.

Es un método terapéutico utilizando el juego de roles como medio para corregir y ampliar la percepción. La representación de roles sirve de satisfacción parcial a las necesidades o deseos reprimidos por la familia sociedad y la cultura.

Utiliza técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas, se utiliza en pacientes que presentan síntomas y problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Es una técnica psicoterapéutica. (Jacob Moreno).

▶ TERAPIA OCUPACIONAL

B

La Terapia ocupacional (T.O.) es definida por la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfuncionalismos físicos o psicosociales".

▶ PSICOTERAPIA GESTALT

B

Un enfoque psicoterapéutico de contacto fenómeno lógico, existencial, integrativo y experiencial, en donde el proceso y diálogo giran entorno a una *actitud* de co-participación espontánea y creativa, de los involucrados en una dinámica de apoyo (confianza) y confrontación (perturbación) con la libertad y la responsabilidad, del ser auténtico y su auto-actualización.

▶ TERAPIA PSICOANALÍTICA

B

Proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente. Los métodos empleados para llevar del inconsciente al consciente fueron originalmente desarrollados por Sigmund Freud. Desarrollado por personal capaz.

▶ TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

B

Es el entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva es decir como los pensamientos y creencias pueden tener influencias sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia. Además de basarse en el aquí y ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causen problemas para la persona a través de diversos y variadas técnicas que se individualizan hacia el paciente. (Aarón Beck)

B

▶ TERAPIA FAMILIAR

Tipo de tratamiento psicoterapéutico que se aplica a parejas y a familias, esta basada en considerar las quejas de los clientes (pacientes) como el problema a tratar. Estos se basan en la dinámica y la comunicación además en este tipo de terapia asume que lo que se trata en ella es el comportamiento específicamente así como la dinámica de interacción con los demás como son la familia, los amigos, los compañeros de trabajo etc. Este tipo de tratamiento es proporcionado por sesiones diseñadas y estructuradas para lograr un equilibrio en forma breve de acuerdo a su proceso. (Jackson y Haley, 1979)

▶ TERAPIA NEURONET

B

Pertenece a las Neurociencias. Es una terapia intensiva para lograr cambios neurológicos en la reorganización del cerebro a través de patronos sencillos de percepción movimiento y ritmo.

▶ LUDOTERAPIA

B

Técnica activa a través del juego en búsqueda del disfrute nos ayuda a reducción del estrés, integración de grupo, comunicación, como el manejo de trastornos emocionales

2.2.6.2. Farmacológica

Nombre Genérico	Descripción	Dosis
Citalopram	Tableta de 20 mg	1-2 tabletas PO cada 24 horas
Clomipramina	Tableta 75 mg ap*	1 tableta PO cada 24 horas
Escitalopram	Tableta de 10 mg	1 tableta PO cada 24 horas
Imipramina clorhidrato	Tableta de 25 mg	1 tableta PO cada 8 horas
Paroxetina	Tableta de 20 mg	1 tableta PO cada 24 horas
Tianeptina	Tableta de 12.5 mg	1 tableta PO cada 12 horas
Venlafaxina	Tableta de 75 mg	1 tableta PO cada 24 horas

*ap: acción prolongada

Estabilizadores del estado de Ánimo

Nombre genérico	Descripción	Dosis
Lamotrigina	Tableta 25 mg	1 tableta PO cada 24 horas
Ácido Valproico	Tableta de 500 mg	1 tableta PO cada 8 horas
Carbamacepina	Comprimido lp* 400 mg	1 comprimido PO c/ 8 horas
Carbonato de Litio	Comprimido de 300 mg	1 comprimido PO c/ 8 horas

*lp: Liberación prolongada

Se pueden utilizar algunas Benzodiazepinas si existe alta manifestación de ansiedad.

Nombre genérico	Descripción	Dosis
Alprazolam	Tableta de 0.5 mg	1 tableta PO c/ 8 horas
Clonazepam	Tableta de 2 mg	1 tableta PO c/ 24 horas
Clonazepam	Gotas 2.5 mg/ml	5-10 gotas PO c/ 8 horas

La Hierba de San Juan en el tratamiento de la Depresión.

La Hierba de San Juan (*hypericum perforatum*) es un remedio de hierbas sin licencia que se utiliza para el tratamiento de la depresión. Esta disponible sin necesidad de receta médica. Tiene varios efectos a nivel del Sistema Nervioso Central, incluyendo la inhibición de la recaptación de serotonina, dopamina, y noradrenalina, la estimulación de los receptores del ácido gamma amino butírico (GABA) y una débil inhibición de la monoaminoxidasa.

No se recomienda el uso de la Hierba de San Juan aunque existe evidencia de que puede ser beneficiosa en depresión leve o moderada pues existe aun duda en cuanto a las dosis apropiadas, la variación en las distintas preparaciones y las potenciales interacciones con otras drogas tales como anticonceptivos orales, anticoagulantes y anticonvulsivantes.

C

A las personas que tomen la Hierba de San Juan se les debe advertir de los diferentes potenciales de la variedad de preparaciones existentes y la duda que surge de información. Por lo tanto se les advierte de la gravedad de las interacciones potenciales con otros medicamentos.

C

La Hierba de San Juan no debe ser utilizada durante el embarazo o lactancia ya que no hay evidencia con respecto a su uso seguro durante estas situaciones (SIGN, 2002).

Los síntomas extrapiramidales son poco frecuentes y son más comunes con el uso de paroxetina. (CSM, 2000 b).

El uso conjunto con ISRS no es aconsejable pues existe el riesgo de aumentar los efectos serotoninérgicos y la incidencia de efectos adversos (CSM, 2000 a).

COMPONENTES DE LA GUÍA CLÍNICA CON ESPECIFICACIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA Y DE RECOMENDACIÓN

1. Intervenciones recomendadas para la Sospecha Diagnóstica

1.1 Depresión y Distimia Leves a Moderadas:

Preguntas incluidas en la Tabla N° 1.

- 1a** Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad.

1.2 Depresión y Distimia Severas:

Preguntas incluidas en la Tabla N° 1.

- 1a** Pesquisa realizada por profesionales de salud durante intervenciones propias de su especialidad.

2. Intervenciones recomendadas para confirmación diagnóstica

2.1 Depresión y Distimia Leves a Moderadas:

- 1a** Entrevista para diagnóstico clínico utilizando criterios diagnósticos CIE 10: Realizada por médico no especialista.

Entrevista clínica para diagnóstico psicosocial:

Realizada por profesional de salud.

Exámenes para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos:

- 1a** Hemograma, T4 y TSH; Orina completa. Deben ser solicitados de acuerdo a criterio médico para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos.

2.2 Depresión y Distimia Severas:

- 1a** Entrevista clínica utilizando criterios diagnósticos CIE 10. Realizada por Psiquiatra.

Exámenes para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos:

- 1a** Glicemia; Creatinina; Perfil Hepático; T4 y TSH; Orina con sedimento; Electrolitos plasmáticos; niveles plasmáticos de fármacos y drogas; Electroencefalograma (E.E.G.) standard y activado, HIV, Fe; TAC Cerebro; E.C.G. de reposo. Deben ser solicitados de acuerdo a criterio médico para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos.

Evaluación Psicológica y/o psicodiagnóstico.

- 1a** Realizado por psicólogo clínico Debe ser solicitado de acuerdo a criterio clínico.

1a

Evaluación Integral por Equipo de Salud Mental:

Que puede incluir evaluación por Terapeuta Ocupacional, Enfermera y/o Asistente Social según requerimientos.

3. Intervenciones recomendadas para el Tratamiento de casos confirmados

3.1 Depresión y Distimia Leves a Moderadas:

3.1.1 Tratamiento Farmacológico:

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): No existen diferencias importantes en la acción antidepressiva de los diferentes ISRS. Dosis recomendadas de los fármacos más usados:

1a

Paroxetina 20 a 40 mg diarios; Citalopram 20 a 40 mg diarios.

A

1a

Antidepressivos Tricíclicos: se recomienda no usar Tricíclicos por mayor riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis.

A

1a

Ansioalíticos: el uso de ansioalíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo.

A

2b

3.1.2 Intervención psicosocial individual o grupal:

Intervenciones psicosociales de orientación cognitiva conductual y conductual u orientada a la resolución de problemas incluida la consejería han mostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión leve a moderada. Los resultados a largo plazo muestran similar respuesta que el uso de antidepressivos.

B

3.2 Depresión y Distimia Severas:

3.2.1 Tratamiento Farmacológico:

1a

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Dosis recomendadas: Paroxetina 20 a 80 mg diarios; Citalopram 20 a 60 mg diarios;

A

1a

Antidepressivos Tricíclicos:

Similar efectividad que los ISRS, mayor cantidad de efectos adversos de origen anticolinérgico. Más efectivos que los ISRS en subgrupo de personas hospitalizadas, independiente de la severidad del cuadro depresivo.

A

- 1a Venlafaxina:**
Similar efecto que los antidepresivos tricíclicos excepto imipramina que presenta menor efecto que venlafaxina. Menor cantidad de efectos adversos a medicamentos que los tricíclicos. **A**
- 1b Lamotrigina:**
No existen evidencias de efectividad como coadyuvante del tratamiento de los episodios depresivos monopolares. **A**
- 1b Lamotrigina es efectiva en el tratamiento de episodios depresivos de los Trastornos Bipolares.** **A**
- 1a Sales de Litio:**
Son recomendadas como terapia coadyuvante en los trastornos depresivos que no responden a tratamiento con antidepresivos. Niveles plasmáticos entre 0,8 a 1,2 mmol/lit. **A**
- 1b Ácido Valproico:**
El uso de este fármaco es recomendado para el tratamiento de las depresiones bipolares. **A**
- 1a Ansiolíticos:**
El uso de ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes y/o con trastornos del sueño. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo. **A**
- 1a 3.2.2 Psicoterapia:**
Las terapias psicológicas son efectivas en el tratamiento de la depresión: la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual son efectivas en el control de los síntomas de depresivos. La terapia interpersonal no tiene revisión sistemática; aunque es catalogada como de efectividad bien establecida. La terapia psicoanalítica breve es categorizada dentro de las terapias probablemente eficaces para la depresión monopolar y como efectiva para las depresiones bipolares. **A**

3 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DESEMPEÑO

IMPLEMENTACIÓN

La implementación local de esta guía es responsabilidad de cada uno de los trabajadores del Seguro Social. Deben realizarse arreglos para implementar esta guía en el área hospitalaria a utilizarse, debiéndose tomar en cuenta como aproximaciones las siguientes:

- a Alta efectividad
- b Recordatorios
- c Seminarios Educativos Interactivos
- d Intervenciones de Múltiples Niveles

Puntos clave de Análisis de Desempeño.

- Porcentaje de pacientes con Depresión que no ameritaron medicamentos
- Porcentaje de pacientes con más de 2 medicamentos antidepresivos
- Porcentaje de pacientes con psicoterapia
- Porcentaje de pacientes que cumplen criterios para terapia de mantenimiento a largo plazo.
- Porcentaje de pacientes deprimidos que son referidos por las clínicas de enfermedad común
- Porcentaje de pacientes en riesgo de suicidio que son referidos urgentemente al especialista
- Porcentaje de pacientes con depresión grave que son ingresados para tratamiento hospitalario

4 INFORMACIÓN PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Subgrupo Químico	Efectos adversos	Contraindicaciones
Inhibidores no selectivos de la recaptación de Monoaminas	Más frecuentes	Más significativas
	Aumento peso Sabor agrio metálico Boca seca Molestias gástricas Estreñimiento Arritmias Vértigo-mareos Insomnio Somnolencia Pesadillas Precordialgias Cefalea Lipotimia Temblores Rubor Molestia respiratoria Sensación de bola en la garganta Mialgias Lumbalgias Disfunciones sexuales	Infarto cardiaco reciente Trastornos conducción Uso de medicamentos depresores cardiacos Embarazo y lactancia Asociación mianserina Asociado a IMAO
	Menos frecuentes	Interacciones significativas
	Visión borrosa Retención urinaria Sudoración excesiva	Carbamacepina Tabaquismo Noradrenalina Guanadrel Clonidina Antihistamínicos Cimetidina Cocaína Anticonceptivos orales Cocaína Corticosteroides Disulfiram Fluoxetina Inhibidores de la MAO Nafazolina oftálmica Oximetazolina Xylometazolina Fenilefrina Hormonas tiroideas Simpaticomiméticos
	Raros o muy raros	
	Ictericia Leucopenia Exantemas	

Precauciones y puntos clave:

Efectos cardiovasculares: Hipotensión ortostática, taquicardia sinusal o prolongación variable de los tiempos de conducción cardiaca con el potencial de arritmias en articular cuando hay sobredosis, por lo que debe haber precaución en estos pacientes. Puede haber dependencia en supresión súbita. Se potencializan con alcohol, sedantes y antiparkinsonianos.

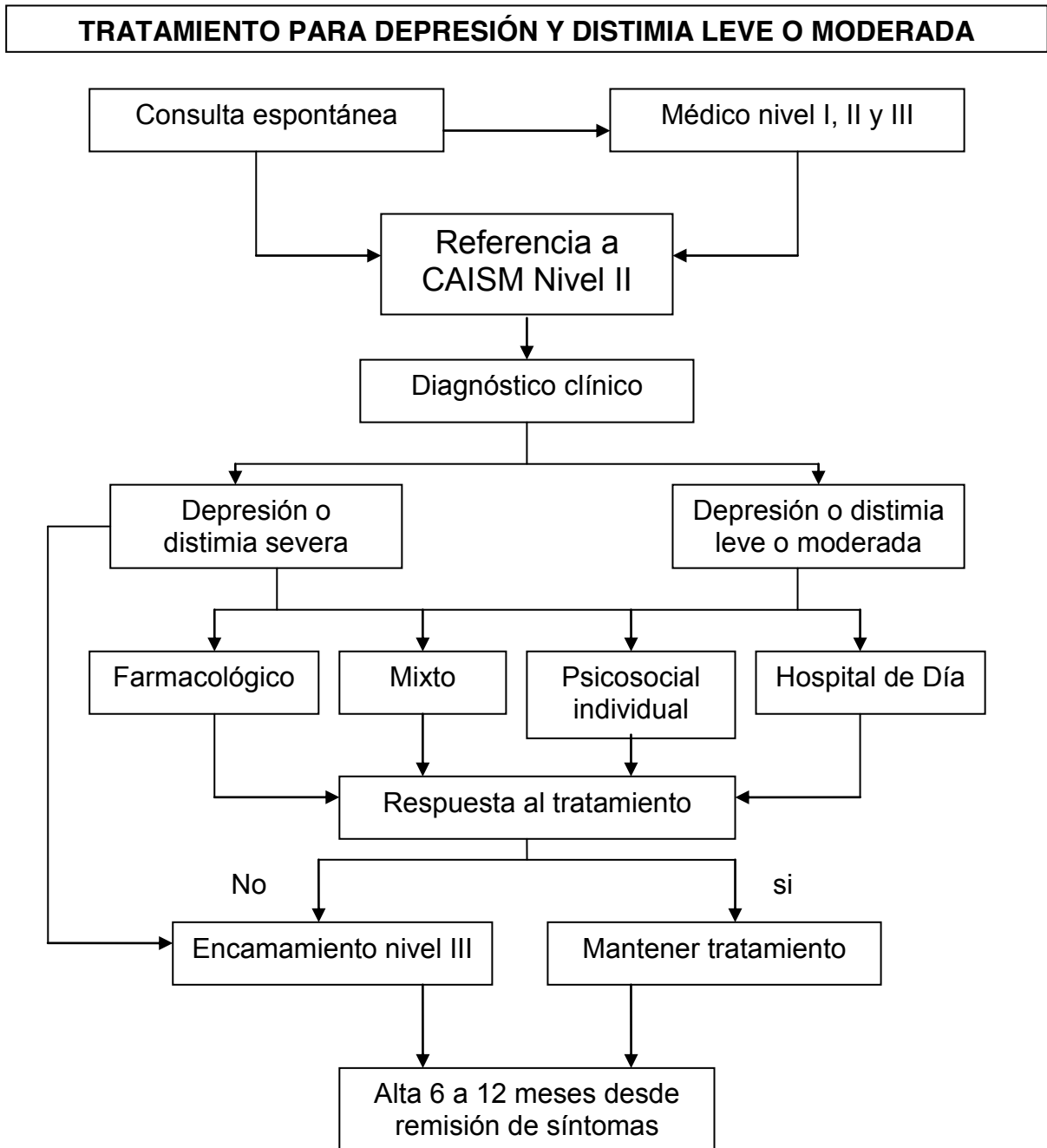
Subgrupo Químico	Efectos adversos Más frecuentes	Contraindicaciones Más significativas
Inhibidores Selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Y otros Antidepresivos	Dolor de cabeza Hipertensión arterial Disfunción sexual Anorgasmia, desórdenes de la libido Eyacuación retardada o Impotencia Problemas de visión Palpitaciones y taquicardia Agitación Confusión Tinnitus Dolor de pecho	Hipersensibilidad al medicamento En Asociación con IMAO
	Menos frecuentes Disnea Edema Manía o hipomanía Cambios menstruales Hipotensión ortostática Propensión convulsiones Trismo Incontinencia urinaria o retención urinaria	Interacciones IMAO Alcohol Cimetidina Haloperidol Posible interacción con medicamentos que inhiben CYP2D6, pueden Incrementar la concentración en plasma de Venlafaxina

Precauciones y puntos clave:

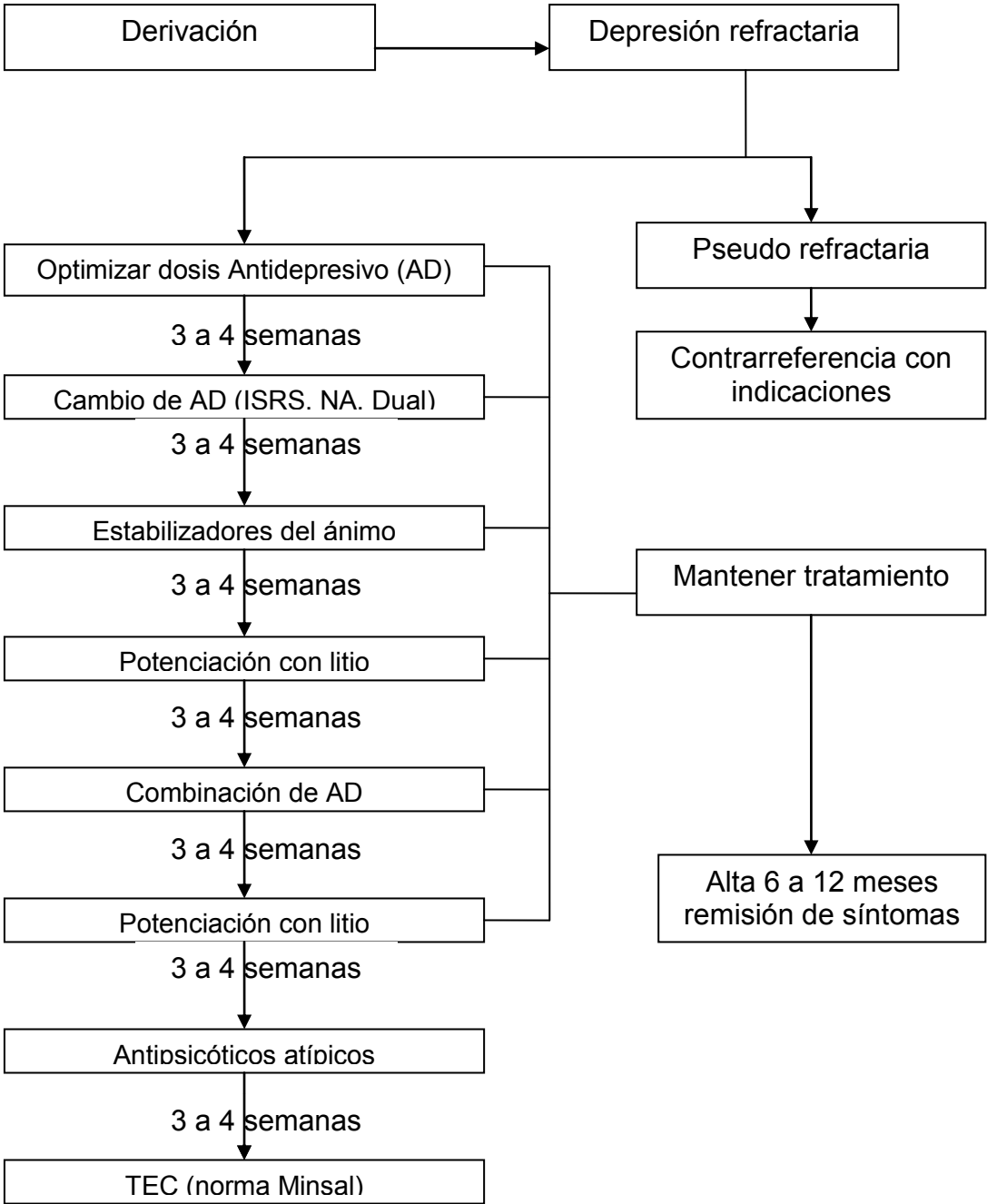
- Administrar con alimentos
- Deberá discontinuarse la medicación en los casos que se produjeran convulsiones
- Se recomienda un control rutinario de la presión arterial en pacientes que reciben tratamiento con dosis superiores a los 200 mg.

5 ANEXOS

I ALGORITMOS



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA AL TRATAMIENTO



II Tabla 2. Factores de Riesgo de Suicidio

Características Sociales	Historia	Características Diagnósticas
Edad (< 30 años)	Antecedentes de intentos suicidas	Desesperanza
Sexo masculino	Historia Familiar de Suicidio	Psicosis
Edad Avanzada	Historia de abuso de sustancias	Ansiedad, agitación y ataques de pánico
Soltero		Co-morbilidad de enfermedades físicas Depresión severa

[British Columbia Guidelines and Protocols Advisory Committee, 2004; NICE, 2004a; Singapore Ministry of Health, 2004]

III Manejo de la Depresión en la clínica de enfermedad Común

Establecer el grado de depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos (CIE 10)



Evaluar las características psicológicas, sociales, culturales, y físicas de la persona, y la calidad de sus relaciones interpersonales. Considerar estos factores para la elección del tratamiento y su seguimiento.



En adultos mayores con depresión se debe evaluar el estado físico, las condiciones de vida y el grado de aislamiento social que mantenga.



Evaluar riesgo suicida en todas las personas deprimidas durante la entrevista inicial y durante el transcurso del tratamiento.



Evaluar factores de riesgo de suicidio. (Ver tabla 2).



Siempre preguntarle en forma directa a la persona deprimida sobre ideas o intentos suicidas o preguntar sobre sentimientos de desesperanza o desvalorización, se debe investigar si han ocurrido intentos suicidas previos.



Si la ideación suicida está presente, es importante determinar si la persona tiene un plan estructurado y sus intenciones de llevarlo a cabo.



Determinar si las personas con ideas suicidas tienen un apoyo social adecuado y están conscientes de recursos o fuentes de ayuda y recomendarles que acudan en busca de atención apropiada. (La emergencia hospitalaria está abierta las 24 horas).



Aconsejar a las personas con depresión y a sus cuidadores que están pendientes de cualquier cambio en su humor, conducta negativa, desesperanza, e ideas suicidas, especialmente durante períodos de riesgo por ejemplo al inicio del tratamiento antidepresivo o algún cambio de medicamento.



IV Metodología Elaboración Guía Clínica

1. Búsqueda sistemática de la literatura: con los temas o preguntas Identificados (Depresión, episodio depresivo, clasificación de depresión, etiología de la depresión, fisiopatología de la depresión, tratamiento de la depresión) se procedió a la búsqueda sistemática por cada tema establecido publicado en los últimos 10 años. Se establecieron los filtros y límites necesarios para cada tema:

- a. Bases de Datos: Medline, bireme, cochrane,
- b. Idioma: inglés y español
- c. Con Resumen (Abstract) disponible
- d. Guías Clínicas: guías basadas en evidencias

2. Para las guías clínicas seleccionadas se utilizó como instrumento de evaluación de la calidad el AGREE.

3. Síntesis de la Evidencia: Se utilizó el formato provisto por la Caja Costarricense de Seguro Social para el listado de intervenciones incluidas en la revisión; para la síntesis de cada artículo; para síntesis de la evidencia para intervención. En aquellos casos de conductas adecuadas aceptados por la práctica clínica se establecieron como grado de recomendación D.

4. Se construyeron algoritmos de Diagnóstico y de Conductas para los diferentes aspectos del problema de salud.

V LISTA DE ABREVIATURAS

AD:	Antidepresivo
ap:	acción prolongada
BUN:	por las siglas en inglés de Blood Urea Nitrogen
CAISM:	Centro de Atención Integral en Salud Mental
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición
CYP2D6:	
CYP1A2:	Isoenzimas, citocromo P 450 que interactúan en áreas
CYP2C9:	específicas
CYP2C19:	
DSM-IV TR:	Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual)
ECG:	electrocardiograma
Fe:	Hierro
IMAO:	Inhibidor de monoaminooxidasa
ISRS:	Inhibidor selectivo de la recaptación de Serotonina
lp:	liberación prolongada
MAO:	Monoaminooxidasa
mg:	Miligramos
ml:	Mililitros
mmol/Lt:	milimoles por litro
NA:	Nor-adrenérgico
NICE:	National Institute of Clinical Excellence
PO:	Por vía oral
SING:	Scottish International Network Guidelines
T4:	Tetrayodotironina
TEC:	Terapia Electro Convulsiva
TSH:	Hormona estimulante de Tiroides
VIH:	Virus de inmunodeficiencia
WAIS:	Welcher's Adult Inteligence Scale

VI DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ANSIEDAD:

La ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo, y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diverso tipo a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas.

CIRCADIANO:

Un “reloj biológico” interno dicta cuando despertar y cuando dormir. A este ciclo se le denomina ritmo circadiano (del latín circa dies, que significa aproximadamente un día). El ciclo circadiano abarca 24 horas, divididas en 8 para el sueño y 16 para la vigilia. La alteración del ritmo circadiano se puede producir por las siguientes circunstancias: Sueño retrasado: Aparece entre personas que adelantan las fases del ciclo sueño-vigilia. Se despiertan y duermen con horarios coherentes aunque retrasados. Puede corregirse por sí mismos, debido a que el reloj biológico interno se adelanta naturalmente con la edad.

COMORBILIDAD:

La coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias comúnmente denominada comorbilidad o diagnóstico dual.

DEPRESIÓN UNIPOLAR:

Es un padecimiento que se da cuando se presentan cinco o más síntomas de depresión durante al menos dos semanas. Estos síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad o pesimismo. Además las personas con depresión grave, a menudo tienen cambios de comportamiento, como patrones nuevos de sueño y de alimentación. Este tipo de depresión aumenta el riesgo de suicidio en una persona. También se le conoce como Trastorno Depresivo Grave.

ELECTROCARDIOGRAMA:

(ECG o también EKG, del alemán Electrocardiograma) Es el gráfico que se obtiene con el electrocardiógrafo para medir la actividad eléctrica del corazón en forma de cinta gráfica continua. Es el instrumento principal de la electrofisiología cardíaca y tiene una función relevante en el cribado y la diagnosis de las enfermedades cardiovasculares.

ELECTROENCEFALOGRAMA:

La electroencefalografía (EEG) es una exploración neurofisiológica del registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño, y durante diversas activaciones (habitualmente hipernea y estimulación luminosa intermitente).

ELECTROLITOS PLASMÁTICOS:

Examen que evalúa los electrolitos o sales del cuerpo (sodio, potasio, cloro).

ESTUPOR DEPRESIVO:

Representa la forma extrema de inhibición psíquica, propia de las depresiones vitales muy intensas. Ocurre sobre todo en las depresiones que aparecen durante la involución o la pre-senilidad.

EXACERBACIÓN:

Cualquier empeoramiento o agravamiento de una enfermedad. La aparición de los síntomas puede ser aguda y repentina, o ser gradual y durar varios días. No hay necesariamente una correlación entre los síntomas y el flujo máximo.

GLICEMIA:

La glicemia se usa comúnmente para detectar diabetes, enfermedad en la cual se observan niveles altos de glucosa (hiperglicemia). Estos, con el tiempo, pueden causar serios problemas de salud.

HEMOGRAMA:

Es uno de los exámenes más comunes, el cual examina las células de la sangre. Traduce los equilibrios anatómo-fisiopatológicos de la producción y destrucción de los elementos figurados sanguíneos.

HIPERSOMNIA:

Cursa con somnolencia excesiva, episodios prolongados de sueño nocturno y episodios de sueño diurno que se producen cada día durante al menos un mes con deterioro funcional significativo, en ausencia de insomnio u otro trastorno psíquico o mental y que no es efecto del uso de fármacos.

HIPOMANÍA:

Es una manía suave. Durante la hipomanía nunca se presentan síntomas sicóticos; el resto de lo que ya hemos explicado respecto a la manía, sería válido para la hipomanía, siempre en un grado menor que no comporte una gran alteración del comportamiento que pueda llevar, por ejemplo, a un ingreso.

NEUROLÉPTICOS:

Un neuroléptico o antipsicótico es un medicamento que actúa en el cerebro y que puede servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones. Así, el comportamiento del enfermo puede ser “normalizado”.

NITRÓGENO DE UREA DE SANGRE (BUN):

Es el nitrógeno en la sangre. Este es un producto residual que los riñones desechan en la orina. Niveles altos de BUN pueden deberse a una dieta alta en proteína, a deshidratación o a una deficiencia del riñón o del corazón.

PRUEBAS HEPÁTICAS:

Variedad de pruebas de sangre para averiguar el estado general del hígado y del sistema biliar como la determinación de la bilirrubinemia, proteinemia, colesterolemia, actividad enzimática, pruebas de floculación, etc.

SEROTONINA:

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT), es una sustancia, que actúa sobre todo como neurotransmisor, que se distribuye por todo el organismo y que ejerce múltiples funciones, perteneciente a las aminas piógenas. Ejerce una gran influencia sobre el sistema psiconervioso, por lo que frecuentemente se la denomina “hormona del humor”.

SÍNDROME SOMÁTICO:

Es un conjunto de síntomas que se manifiestan a través de enfermedades corporales.

SÍNTOMA:

Es la percepción o cambio subjetivo que se puede reconocer como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS:

Somático viene de una palabra griega “soma”, que significa cuerpo. Los síntomas somáticos son aquellos que se aprecian en el cuerpo. Un dolor de cabeza, una taquicardia, un vómito o un mareo, por ejemplo.

TOMOGRAFÍA CEREBRAL (TAC):

La Tomografía por Emisión de Positrones es una técnica no invasiva de diagnóstico por imagen capaz de medir la actividad metabólica de los diferentes tejidos del cuerpo humano, especialmente del sistema nervioso central.

VII BIBLIOGRAFÍA

1. Depression Management of depression in primary and secondary care. Clinical guideline 23, December 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. **AGREE 96%**
2. Prodigy guidance depression. Prodigy implementation of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guideline, Management of depression in primary and secondary care (December 2004). **AGREE 81%**
3. Guías clínico terapéuticas para el primer y segundo nivel, 2005. Coordinación de servicios de salud, Depresión "Prevención, Conservación y recuperación de la salud para Nuestros Derechohabientes". **AGREE 58%**
4. Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica. Depresión en Personas de 15 años y Más. 2006 Ministerio de Salud de Chile. **AGREE 59%**
5. Guía Clínica de Depresión, 2006. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". SERGAS- A Coruña – España. **AGREE 51%**
6. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Editorial Médica Panamericana, 1ª. Reimpresión, 2004
7. Hales Robert E & Col. "DSM-IV Tratado de Psiquiatría" Tomo I, Editorial Masson, 3ª. Edición, 2001
8. Sarason Irwin G, Sarason Bárbara R. "Psicopatología" Editorial Pearson, 11ª Edición, 2006
9. Drug Information for the Health Care Professional. USP DI. 26th Edition. 2006. Vol. I Pp. 302, 304-306, 895-898, 1361-1363, 2344, 2346-2349, 2947-2949.
10. Martindale. The Complete Drug Reference. 34th Edition. 2005 Pp. 316-318
11. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. C.G.C.O.F. 2001
12. Vademécum Internacional. Especialidades Farmacéuticas y Biológicas. Productos y Artículos Para Farmacia. Métodos Diagnostico. 41ª edición. 2000.
13. Martindale. Guía Completa de Consulta Fármaco terapéutica. 1ra. Edición en Español. 2003.
14. Drug Information AHFS 2006
15. Drugs in pregnancy and lactation. 3th edition. 1990. Pp. 133,310

16. Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10 ed. México 2003. Mcgraw-Hill.
17. <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antidepresivos/tianeptina.htm>
18. <http://www.somosbiodanza.cl>
19. <http://www.elmistico.com.ar/musicoterapia.htm>
20. http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional"
21. <http://www.dsalud.com/indes.htm>
22. <http://www.paginasprodigy.com/ahau2012/indexhtml>
23. Ramírez J.A. Psicodrama Teoría y práctica. DESCLEE.1997. Pp.23-24.
24. González, José. Psicoterapias de Grupo: Psicología y Técnicas a partir de diferentes Escuelas Psicológicas. Editorial Manual Moderno. México. 1999.
25. Sánchez Daniel. Terapia Familiar Modelos y Técnicas. Manual Moderno 2000.
26. Departamento de Hospital de Día. Área Psicología, Terapia Ocupacional. Centro de Atención Integral de Salud Mental. IGSS. Guatemala. 2007
27. Informe Estadístico 2006, CAISM 2007
28. Sala Situacional Consulta Externa, CAISM 2006.
29. Tratamiento de Depresión, Terapéutica Clínica / Asesoría Terapéutica, Dirección en Medicamentos y Terapéutica. Departamento de Fármaco Epidemiología, Caja Costarricense de Seguro Social.

AGREE
38%

VIII Declaración de Intereses:

El Grupo de Desarrollo declara que no posee conflicto de intereses.

IX FECHA DE ELABORACIÓN

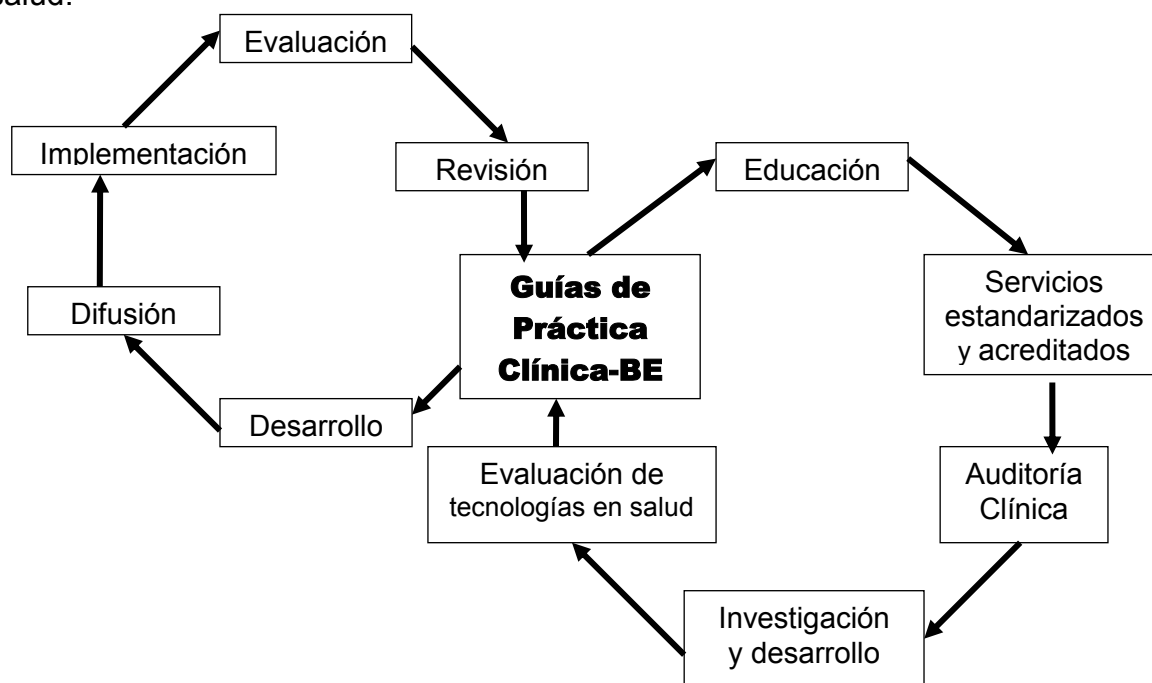
Fecha de Terminación de la Elaboración: febrero de 2007.

Revisión por expertos 20/05/09.

X Actualización:

Se espera revisar el contenido de esta guía periódicamente y en su totalidad en un plazo no mayor de 4 años desde la fecha de publicación de la misma. La revisión y actualización de la guía puede suceder antes de ese plazo, si aparece evidencia importante que afecte al contenido y sus recomendaciones.

Las Guías en su contexto tienen dos ciclos de procesos: El clínico que parte del desarrollo hasta su revisión para actualización y el técnico-administrativo que inicia con educación, hasta llegar a la evaluación de tecnologías en salud.



Tomado y adaptado de SIGN 50: A guideline developer's handbook. February 2001

CONTEXTO DE REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en Concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud del Instituto lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio Clínico y emitan sus criterios. **Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.**