

Las dos preguntas claves que siempre hay que hacer ante un episodio depresivo

Matías A. Loewy

19 de octubre de 2017

BUENOS AIRES, ARG. Frente a un paciente que consulta por primera vez por un episodio depresivo, resulta imperativo realizar al menos dos preguntas que orienten sobre su tipo y severidad antes de decidir el tratamiento: ¿Se trata de un trastorno bipolar? Y si fuera una depresión unipolar, ¿qué tan grave es?^[1]

Así lo sostuvo el Dr. Sergio Strejilevich, director del Programa de Trastornos Bipolares y profesor del Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro, en Buenos Aires, Argentina, durante su exposición en el Simposio Internacional de Depresión de la Fundación INECO, que se celebró el 3 de octubre.

La estratificación tiene un sentido clínico inequívoco: "Los fármacos antidepresivos deberían indicarse en solo uno de cada tres casos, porque en el resto de los pacientes son inadecuados o pueden causar daño", advirtió.

Al menos en Estados Unidos, solo uno de cada cuatro pacientes adultos con depresión recibe el tratamiento apropiado.^[2] La situación no sería muy distinta en la región. De acuerdo con los resultados de un estudio argentino-chileno, aún sin publicar que anticipó en el simposio, el Dr. Strejilevich informó que más de la mitad de 187 pacientes bipolares recibieron fármacos antidepresivos como primera línea de medicación, "que es lo que no hay que dar. Y en la peor etapa de la enfermedad para darlos", protestó.

Un sistema clínico obsoleto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en el mundo.^[3] Y la cantidad de personas que viven con depresión creció un 18,4% entre 2004 y 2015.^[4]

Sin embargo, el Dr. Strejilevich consideró que la detección y el manejo de la depresión mayor, a la que definió como un tormento, sigue siendo un terreno atravesado por enormes incertidumbres.

A falta de biomarcadores, análisis genéticos u otros parámetros objetivos, los psiquiatras deben recurrir a la ponderación de indicadores clínicos para el diagnóstico, que, en algunos casos, presentan características opuestas.

"El DSM-5 nos propone que se diagnostique depresión cuando hay, por ejemplo, insomnio o hipersomnia, inhibición o agitación psicomotriz, irritabilidad o anergia, ideas suicidas o exceso de preocupación por morir. Y que todo eso se trate de la misma forma... es descabellado", sentenció el Dr. Strejilevich.

No en vano, añadió el Dr. Strejilevich, las pruebas de campo que pusieron a prueba la coincidencia diagnóstica entre expertos en función de los criterios del DSM-5 dieron valores muy bajos para la depresión ($\kappa = 0,28$).^[5] "No estamos pudiendo diagnosticar con confiabilidad la enfermedad más importante del mundo", lamentó.

La escala más habitual para evaluar la depresión que se utiliza desde hace más de medio siglo, la Escala de Hamilton para la Depresión, también ha sido llamada un "chaleco de plomo" y criticada como un instrumento "conceptual y psicométricamente sesgado".^[6] Sin embargo, las autoridades regulatorias siguen impulsando su utilización para documentar la evaluación de los tratamientos.

Por otra parte, en el plano de la medicación, tampoco existen criterios claros para seleccionar exitosamente el primer antidepresivo. Las reconocidas guías del *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment* (CANMAT) listan 15 fármacos con nivel de evidencia 1, en un plano de igualdad.

En un texto reciente, el Dr. Strejilevich definió la situación como "pantanososa", ya que cada una de estas moléculas ha pasado por ensayos clínicos adecuados que han mostrado que serían efectivas en el tratamiento de la depresión mayor, pero no hay estudios "cabeza a cabeza" (y sería muy difícil realizarlos) para establecer diferencias de eficacia y seguridad entre ellas.^[7]

En síntesis, para el Dr. Strejilevich hay una sola certeza: "El sistema clínico con el que se tipifica, diagnostica, evalúa e investiga actualmente a las depresiones está obsoleto. No funciona", denunció.

Frente a esa incertidumbre, el Dr. Strejilevich recogió una reciente propuesta del Dr. Roy Perlis, profesor de psiquiatría, de la *Harvard University School of Medicine*, en vez de buscar una coincidencia tratamiento-paciente, que en función de las herramientas actuales disponibles es inviable, es necesario estratificar a los pacientes.^[8]

En otras palabras, hacer algunas preguntas generales que sí permitan clasificar a los pacientes y que, tal como muestra la evidencia, puedan modificar los resultados del tratamiento. Las dos preguntas básicas que propuso durante su exposición

fueron:

Pregunta 1: ¿Se trata de una depresión bipolar?

De acuerdo con el Dr. Strejilevich, es la más crítica de las preguntas. "Lo primero que hay que evitar es producir un daño. Y en la mayoría de los pacientes bipolares, los antidepresivos no solo no son efectivos, sino que también les hacen mal", advirtió a *Medscape en Español*.

Distintos trabajos sugieren que la exposición a fármacos antidepresivos en esos pacientes se asocia con un aumento de la inestabilidad emocional,^[9] manía o hipomanía emergente del tratamiento^[10] y apatía, desaprensión social, y alteración de la toma de decisiones.^[11] "Producen una serie de efectos en el curso evolutivo bipolar, que dependen del momento en que se apliquen y de su intensidad", resumió.

La posibilidad de confundir la depresión bipolar con la unipolar es alta, sobre todo en profesionales no entrenados, dado que un 60 a 70% de los pacientes bipolares empiezan con depresiones y no con manías, precisó el especialista. En el estudio argentino-chileno, ocho de cada diez pacientes recibieron el diagnóstico en un promedio de 10 años desde la primera consulta.

Pregunta 2: Si se trata de una depresión unipolar, ¿cuán grave es?

Esta segunda pregunta tiene implicancias en el tratamiento ya que "si la depresión es leve a moderada, puedo pensar que es una reacción adaptativa y usar un tratamiento psicosocial, incluyendo psicoterapia cognitiva-conductual, ejercicio físico, yoga o *mindfulness*", puntualizó el Dr. Strejilevich a *Medscape en Español*.

La evidencia muestra que el tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión de gravedad leve no presenta ventajas en comparación con el placebo.^[12]

El escenario es distinto si la depresión es moderada a grave. En esos casos, sí debería priorizarse el enfoque farmacológico.^[13] "Los antidepresivos generaron una revolución y devolvieron la vida a millones de personas", dijo el Dr. Strejilevich. "Pero hay que dárselos a los pacientes adecuados".

El valor del entrenamiento

En la opinión del Dr. Strejilevich, poder responder cabalmente estas preguntas y estratificar bien a los pacientes requiere de especialistas entrenados. "Ha habido una subestimación del problema [del diagnóstico de la depresión] a nivel sanitario", apuntó.

"A partir de la década de los ochenta, hubo un intento de extender la identificación y diagnóstico de la depresión a otros efectores por fuera de la psiquiatría. Se llegó a entrenar no sólo a médicos generalistas, sino también a enfermeras, peluqueros y curas. Pero el diagnóstico requiere de un bagaje técnico y experiencial mayor del que se suponía hace diez años".

El psiquiatra también se mostró partidario de que sean los propios pacientes quienes presionen a los efectores de salud sobre la importancia de la estratificación.

El Dr. Marcelo Cetkovich-Bakmas, jefe de la Clínica de Depresión y Trastorno Bipolar y director del Departamento de Psiquiatría de INECO, en Buenos Aires, coincidió en la necesidad de "agotar todas las instancias" para responder las dos preguntas y evaluar si efectivamente los pacientes requieren una instancia farmacológica y de qué tipo.

"Por ejemplo, uno debería estar seguro de que el paciente no es bipolar antes de prescribir un antidepresivo. Y, en ese sentido, hay algunas características clínicas (como abulia, hipersomnia, anergia y parálisis plúmbea) que pueden orientar hacia ese diagnóstico", dijo el Dr. Cetkovich-Bakmas a *Medscape en Español*. "También hay que explorar los antecedentes familiares: el componente genético es más importante en la depresión bipolar que en la unipolar".

Para el Dr. Cetkovich-Bakmas, que también es ex presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica, tres de cada cuatro pacientes con depresión no reciben el mejor tratamiento y eso no solo impacta negativamente en el curso de la enfermedad, sino que también retrasa el diagnóstico correcto.

Los Dres. Strejilevich y Cetkovich-Bakmas no declararon ningún conflicto de interés económico pertinente.

Referencias

1. Strejilevich S. Aceptar la incertidumbre para lograr racionalidad en el tratamiento de la Depresión. Simposio Internacional de la Fundación INECO "Depresión: presente y futuro de una epidemia contemporánea". Presentado el 3 de octubre de 2017; Buenos Aires, Argentina
2. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA Intern Med.* 1 Oct 2016;176(10):1482-1491. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5057. PMID: 27571438. [Resumen](#)

3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. 30 de marzo de 2017. Consultado el 18 de octubre de 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
4. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva. 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
5. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, y cols. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. Ene 2013; 170(1):59-70. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999. PMID: 23111466. [Artículo](#)
6. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry*. Dic 2004;161(12):2163-77. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2163. PMID: 15569884. [Artículo](#)
7. Strejilevich S. ¿Sabemos cómo elegir un antidepresivo ante un caso de depresión mayor? DOXA, Septiembre de 2017. Edición 3: 8-11
8. Perlis RH. Abandoning personalization to get to precision in the pharmacotherapy of depression. *World Psychiatry*. Oct 2016;15(3):228-235. doi:10.1002/wps.20345. PMID: 27717262. [Artículo](#)
9. Strejilevich SA, Martino DJ, Marengo E, Igoa A, y cols. Long-term worsening of bipolar disorder related with frequency of antidepressant exposure. *Ann Clin Psychiatry*. Ago 2011, 23(3):186-192. PMID: 21808750. [Resumen](#)
10. McGirr A, Vöhringer PA, Ghaemi SN, Lam RW, Yatham LN. Safety and efficacy of adjunctive second-generation antidepressant therapy with a mood stabiliser or an atypical antipsychotic in acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *Lancet Psychiatry*. Dic 2016;3(12):1138-1146. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30264-4. PMID: 28100425. [Resumen](#)
11. Szmulewicz A, Samamé C, Caravotta P, Marino D, y col. Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *International Journal of Bipolar Disorders*. Dic 2016;4(1):6. doi:10.1186/s40345-016-0047-3. PMID: 26879750. [Artículo](#)
12. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Ene 2011;198(1):11-6, sup 1. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076448. PMID: 21200071. [Artículo](#)
13. Undurraga J y Baldessarini RJ. Randomized, Placebo-Controlled Trials of Antidepressants for Acute Major Depression: Thirty-Year Meta-Analytic Review. *Neuropsychopharmacology*. Mar 2012;37(4):851-864. doi:10.1038/npp.2011.306. PMID: 22169941. [Artículo](#)

© 2017 WebMD, LLC

Cualesquiera puntos de vista expresados antes son del propio autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de WebMD o Medscape.

Citar este artículo: Las dos preguntas claves que siempre hay que hacer ante un episodio depresivo - *Medscape* - 19 de oct de 2017.