



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e
Implementación de Guías de Práctica Clínica



SNDIF

Algoritmos de Atención Clínica

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de
Guías de Práctica Clínica

DEPRESIÓN

Se agradece la colaboración para el desarrollo de este material a:



POBLACIÓN GENERAL

INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- Caminata 30 minutos/día
- Información: alimentación, higiene de sueño, estresores sociales, pasatiempos

DURANTE LA CONSULTA:

SOSPECHA DE TRASTORNOS DEPRESIVO

↓
SÍ
↓

EL PACIENTE CUENTA CON:

Estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o de la capacidad para el placer y al menos cinco o más de los siguientes síntomas:

1. Estado de **ánimo depresivo** la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto)
- En niños y adolescentes se presenta como irritabilidad
2. Disminución acusada del **interés** o de la capacidad para el **placer** en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de **peso** sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día
4. **Insomnio** o **hipersomnia** casi cada día
5. **Agitación** o **enlentecimiento** psicomotores casi cada día (observable por los demás, no sólo sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. **Fatiga** o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de **inutilidad** o de **culpa** excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la **capacidad para pensar** o **concentrarse**, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- En niños y adolescentes se presenta como alteraciones en la conducta y/o deterioro académico
9. Pensamientos recurrentes de **muerte** (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
 - El episodio debe durar al menos dos semanas
 - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (académico en niños y adolescentes)
 - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a enfermedad médica

NO

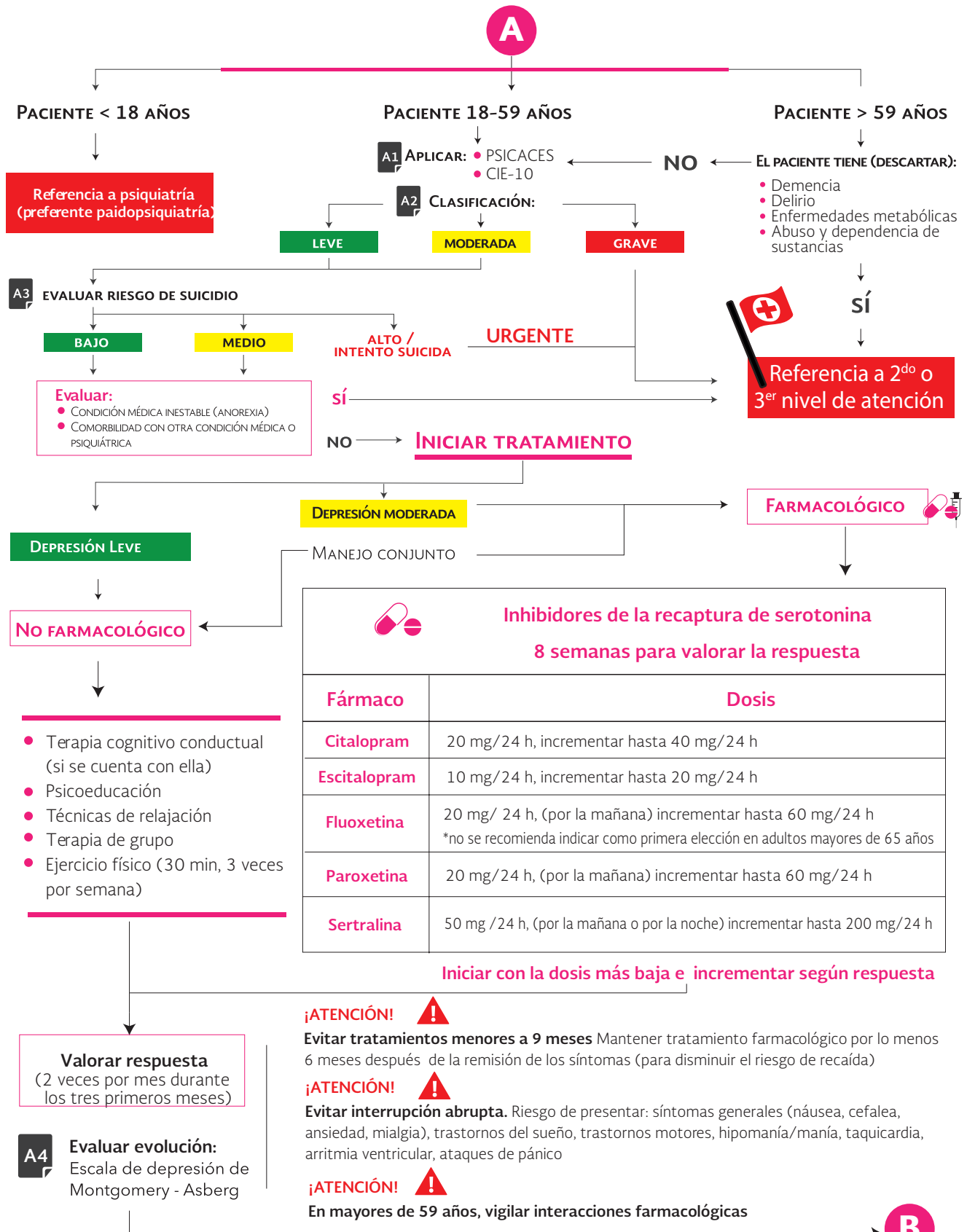


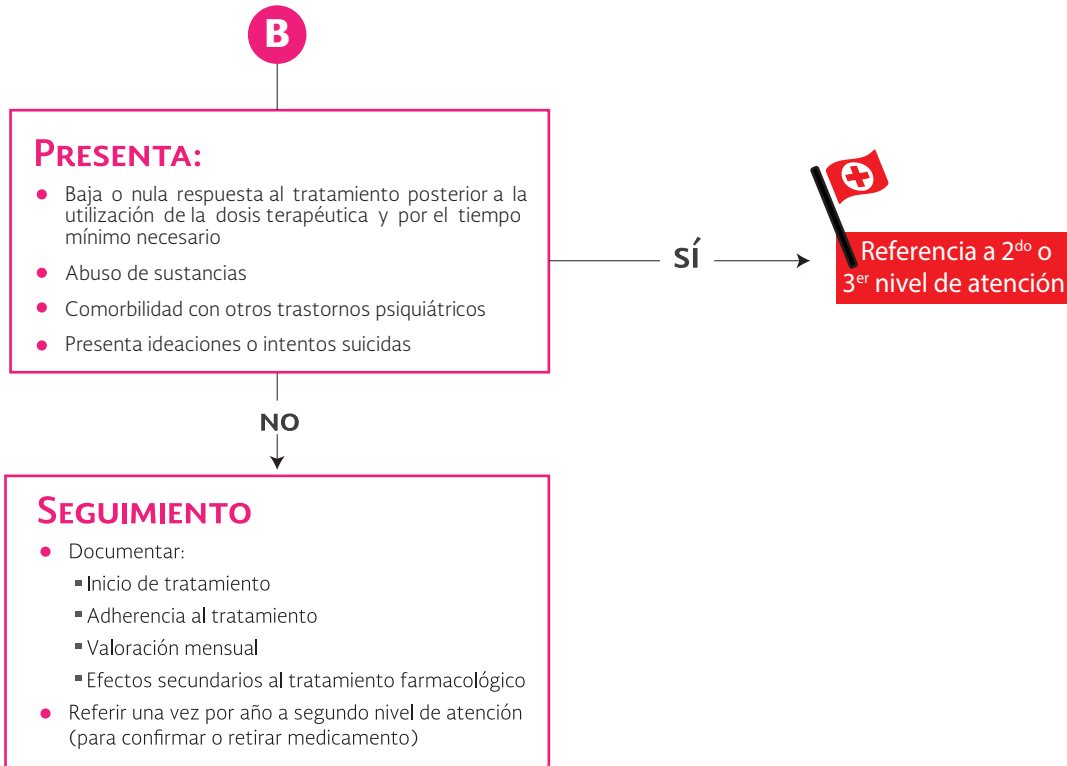
CONTINUAR
CONSULTA

NO

SÍ

A





A1 PSICACES	
P	Psicomotricidad disminuida o aumentada
S	Sueño alterado (aumento o disminución)
I	Interés reducido (pérdida de la capacidad para disfrutar)
C	Concentración disminuida
A	Apetito y peso (disminución o aumento)
C	Culpa y autoreproche
E	Energía disminuida y fatiga
S	Suicidio (pensamientos)


Major Depressive Disorder- Diagnosis and management Guideline & Protocols. Canadian, 2014.

A2	CIE-10
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none">• Duración, al menos dos semanas• No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico	
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas• Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras• Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad	
<p>C. Además deben de estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad• Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuados• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida• Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones• Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición• Alteraciones del sueño de cualquier tipo• Cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso	
<p>D. Puede haber o no síndrome somático</p>	

Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.

Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.

Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

 Riesgo de Suicidio	
Factores	Intensidad del riesgo
Ideas de muerte	+ +
Pérdida del sentido de la vida+	+ +
Desesperanza+	+ +
Intentos previos al suicidio+	+ +
Antecedentes familiares de suicidio o intentos	+ + +
Existencia de psicosis	+ + +
Enfermedades crónicas o altamente disfuncionales, dolorosas o terminales	+ +
Rasgos impulsivos de la personalidad	+ + +
Dificultad para adaptarse o manejar el estrés	+
Alcoholismo o abuso de sustancias+	+ +
Vivir solo y no contar con redes de apoyo social+	+
Edad avanzada	+ +
Sexo masculino	

+ Bajo ++ Medio +++ Alto

Elaborado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Adaptado de las Guías de Práctica Clínica (GPC):

- IMSS-161-09: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto.
- ISSSTE-131-08: Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención
- SS-312-16: Intervenciones de Enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor en los tres niveles de atención
- IMSS-194-10: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención
- American Psychiatric Association (201), diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.) Washintong, DC

Para mayor información, puede consultar la carta descriptiva en la siguiente liga:
http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html

Versión: diciembre 2017



Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

Versión validada en español de la escala de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situaciones entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/ a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se pueden obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza 1. 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad 3. 4. Parece triste la mayor parte del tiempo 5. 6. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna Representa sentimientos de mal estar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera 1. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. 4. Sentimiento continuo de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre 1. 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h 5. 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito. La comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lasitud (cansancio) Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud (cansancio) total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en si no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Solo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica

Carta Descriptiva



Aplicación

Primer Nivel de Atención



Personal involucrado

Médico / Enfermería

Prevención

A toda la población que acuda a consulta se le deberán realizar intervenciones multidisciplinarias para la prevención y promoción de la salud, como mínimo se deberá recomendar caminata de al menos 30 minutos por día.

Así mismo se deberá brindar información sobre alimentación, higiene de sueño, estresores sociales y pasatiempos.

Detección y diagnóstico

Durante la consulta, con base en el interrogatorio y exploración física, el médico podría sospechar que el paciente tienen algún trastorno depresivo:

- a. En caso de no haber sospecha, continuará con la consulta médica.
- b. En caso de haber sospecha, deberá investigar si el paciente cuenta con criterios diagnósticos de depresión, los cuales son:

Estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o pérdida de la capacidad para el placer y/o al menos 5 o más de los siguientes síntomas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo: llanto).
 - En niños y adolescentes se presenta como irritabilidad.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no sólo sensación de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

- En niños y adolescentes, se presenta como alteraciones en la conducta y/o deterioro académico.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- El episodio debe durar al menos dos semanas.
 - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (académico en niños y adolescentes).
 - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a enfermedad médica.

Si el paciente **no** cuenta con al menos cinco de estos criterios, se descarta el diagnóstico de depresión y se continúa con la consulta médica. Por el contrario, sí el paciente cuenta con los criterios, se diagnostica trastorno depresivo.

La conducta a seguir con el paciente con trastorno depresivo dependerá de la edad:

- a. En pacientes menores de 18 años, se deberá referir a psiquiatría (preferentemente paidopsiquiatría).
- b. En pacientes mayores de 59 años, se deberán descartar otros padecimientos como demencia, delirio, enfermedades metabólicas, abuso y dependencia de sustancias.
 - Si el paciente presenta alguna de estas condiciones, se deberá referir a segundo o tercer nivel de atención (de acuerdo a conveniencia del establecimiento de atención médica).
 - En caso de que el paciente no presente alguna de estas condiciones, se deberá aplicar el PSICACES y los criterios de estratificación del CIE-10.
- c. En pacientes adultos (de 18 a 59 años) se deberán aplicar el PSICACES y los criterios de estratificación del CIE-10.

Los criterios del CIE – 10, clasifican al paciente en tres rubros:

- a. **Grave:** los pacientes con depresión grave no deberán ser tratados en el primer nivel de atención, por lo que se referirán al segundo o tercer nivel de atención
- b. **Moderada y leve:** en ambos casos se deberá hacer una evaluación del riesgo de suicidio utilizando escalas estandarizadas.
 - Si el riesgo de suicidio es alto o hay antecedentes de intento suicida, se deberá referir de forma urgente a segundo o tercer nivel de atención.
 - Si el riesgo de suicidio es bajo o moderado, se deberá hacer una evaluación adicional de comorbilidades médicas y psiquiátricas, en caso de que estas existan se deberá referir al paciente a segundo o tercer nivel de atención, si no existen comorbilidades se podrá iniciar el tratamiento en el primer nivel de atención.

Tratamiento

Como se ha mencionado previamente, en el primer nivel de atención sólo se atenderán pacientes con depresión leve o moderada:

- En depresión leve, está indicado el tratamiento no farmacológico, el cual consta de terapia cognitivo-conductual (si se cuenta con ella), psicoeducación, técnicas de relajación, terapia de grupo, ejercicio físico (al menos 30 minutos, 3 veces por semana).
- En caso de depresión moderada se indica tratamiento conjunto, es decir, no farmacológico (descrito previamente) y tratamiento farmacológico, en este último sólo se considera el uso de inhibidores de

la recaptura de serotonina de acuerdo al siguiente cuadro.

Citalopram	20 mg cada 24 h, incrementar hasta 40 mg/día
Escitalopram	10 mg cada 24 h, incrementar hasta 20 mg/día
Fluoxetina	20 mg cada 24 h (por la mañana), incrementar hasta 60 mg/día <small>*no se recomienda indicar como primera elección en adulto mayores de 65 años</small>
Paroxetina	20 mg cada 24 h (por la mañana) incrementar hasta 60 mg/día
Sertralina	50 mg cada 24 h (por la mañana o por la noche), incrementar hasta 200 mg/día

- Se deberá iniciar con la dosis más baja e incrementar paulatinamente de acuerdo a la respuesta.
- En cuanto a la duración del tratamiento, es importante mencionar que esta deberá ser por lo menos de 9 meses y que aún con la remisión de los síntomas se deberá mantener el tratamiento farmacológico.
- Se deberá evitar la interrupción abrupta del medicamento, ya que existe riesgo de presentar náusea, cefalea, ansiedad, mialgia, trastornos del sueño, trastornos motores, hipomanía, manía, taquicardia, arritmias o ataques de pánico.
- Habrá que considerar que algunos pacientes, principalmente los mayores de 59 años están polimedicados por lo que es importante vigilar las interacciones farmacológicas.

Seguimiento

La respuesta al tratamiento será evaluada por lo menos dos veces por mes durante los primeros tres meses y habrá que documentar la evolución de acuerdo a la escala de depresión de Montgomery-Asberg.

En caso de que el paciente presente alguna de las siguientes condiciones se deberá referir a segundo o tercer nivel de atención.

- a. Baja o nula respuesta al tratamiento usando la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario
- b. Abuso de sustancias
- c. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos
- d. Ideación o intento suicida

En caso de no presentar alguna de estas condiciones, se podrá continuar con el seguimiento en el primer nivel de atención en donde habrá que documentar: el inicio de tratamiento, adherencia al tratamiento, valoración mensual, efectos secundarios al tratamiento.

Finalmente, como parte del seguimiento, el paciente deberá ser referido a un segundo nivel de atención por lo menos una vez por año, en donde se confirmará o retirará el tratamiento.

Coordinadores

Dr. Sebastián García Saisó	Director General de Calidad y Educación en Salud Secretaría de Salud
Dra. Odet Sarabia González	Directora General Adjunta de Calidad en Salud Secretaría de Salud

Autores

Dra. María Magdalena Ocampo Regla	Jefe de Servicio del Instituto Nacional de Psiquiatría Secretaría de Salud
Dra. Odet Sarabia González	Directora General Adjunta de Calidad en Salud Secretaría de Salud
Dr. Yefté Efraín Silva López	Subdirector de Vinculación Ciudadana, DGCES Secretaría de Salud

Validadores Sectoriales

Mtra. Ana Rosa Ramírez Herrera	Subdirectora de Evaluación de Servicios no Personales de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño Secretaría de Salud
Dr. Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Xóchitl Duque Alarcón	Médico Especialista Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Lic. Guadalupe Urbina Álvarez	Enfermera Especialista Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Dr. Jesús Genaro Méndez de la Cruz	Coordinador de Normalización Petróleos Mexicanos
Dr. Raúl Antiga Tinoco	Jefe de Servicio Petróleos Mexicanos

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
PACIENTE CON DIABETES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica