

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2016

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO
OPORTUNO Y TRATAMIENTO DEL
EPISODIO DEPRESIVO LEVE Y
MODERADO EN EL
ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: ISSSTE-131-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, “Derechos Reservados”.
Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención.** <Subtítulo: Tipo de documento>. <Lugar de publicación: Editor; 2016 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Actualización: **Parcial.**

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: F32 EPISODIO DEPRESIVO

GPC: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y TRATAMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO, LEVE Y MODERADO EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2008

COORDINACIÓN:				
Dr. Ricardo Ortega Pineda	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Sociedad Médica del CMN 20 de noviembre APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
AUTORÍA:				
Dra. Lesley Farrell González	Oftalmóloga	Subdirección médica	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Dra. Lesley Farrell González
Dra. Martha Cecilia Ruiz Lozano	Medicina Física y Rehabilitación	Subdirección médica	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Dra. Martha Cecilia Ruiz Lozano
Psic. Miriam M. de la Llera Villena	Psicóloga Clínica	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	Secretaría de Salud	Psic. Miriam M. de la Llera Villena
Psic. Arianna G. Cedillo Torres	Psicóloga Clínica	CMN 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Psic. Arianna G. Cedillo Torres
Dra. Norma Ortiz Estrada	Odontóloga	Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Dra. Norma Ortiz Estrada

VALIDACIÓN:

Dr. Jaime Ruiz Órnelas	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
Dr. Hugo Martínez Lemus	Psiquiatra	CMN 20 de Noviembre	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Sociedad Médica del CMN 20 de noviembre APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
Dra. Rosa Isela Mezquita Orozco	Psiquiatría infantil y de la adolescencia	Hospital Español	Jefe de enseñanza de Psiquiatria Hospital Español	Academia Nacional de Medicina

COORDINACIÓN, AUTORÍA, VALIDACIÓN Y REVISIÓN 2016

COORDINACIÓN:				
Dr. Ricardo Ortega Pineda	Psiquiatría	CMN 20 de Noviembre	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Sociedad Médica del CMN 20 de noviembre APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
AUTORÍA:				
Dr. Jaime Ruiz Ornelas	Psiquiatría	CMN 20 de Noviembre	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
Jacqueline Jiménez Hernández	Pasante en Psicología	Universidad Nacional Autónoma de Mexico		
VALIDACIÓN:				
Protocolo de Búsqueda				
Lic. Javier Cruz Díaz Castorena	Bibliotecologo	UNAM	Técnico academico/ Biblioteca de la Facultad de Medicina	
Lic. Angélica María Rosas Guitiérrez	Bibliotecologo	UNAM	Técnico academico/ Biblioteca de la Facultad de Medicina	
Guía de Práctica Clínica				
Dr. Hugo Martínez Lemus	Psiquiatra	CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Medico Especialista/ CMN "20 de Noviembre" ISSSTE	Sociedad Médica del CMN 20 de noviembre APM "Asociación Psiquiatrica Mexicana"
REVISIÓN:				
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Sociedad, Asociación, Colegio>
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>

ÍNDICE

1.	Clasificación	7
2.	Preguntas a Responder	8
3.	Aspectos Generales	9
3.1.	Justificación	9
3.2.	Actualización del Año 2008 al 2016.....	11
3.3.	Objetivo	12
3.4.	Definición.....	13
4.	Evidencias y Recomendaciones	14
4.1.	Generalidades	15
4.2.	Diagnóstico.....	21
4.2.1.	<i>Diagnóstico diferencial</i>	21
4.3.	Tratamiento	27
4.3.1.	<i>Tratamiento no farmacológico</i>	27
4.3.1.1.	Tratamiento farmacológico.....	27
4.4.	Complicaciones.....	37
4.5.	Referencia	40
5.	Anexos	41
5.1.	Protocolo de Búsqueda	41
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	42
5.1.1.1.	Primera Etapa	42
5.1.1.2.	Segunda Etapa	44
5.1.1.3.	Tercera Etapa.....	45
5.2.	Escalas de Gradación	46
5.3.	Diagramas de Flujo.....	48
5.4.	Listado de Recursos	49
5.4.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	49
5.5.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica	52
6.	Glosario.....	54
7.	Bibliografía	56
8.	Agradecimientos	58
9.	Comité Académico	59
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	60
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	61

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: ISSSTE-131-16	
Profesionales de la salud	1.45 Psicología 1.46 Psiquiatría http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf .
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F32 Episodio depresivo.
Categoría de GPC	3.1.1 1er Nivel
Usuarios potenciales	4.5 Enfermeras generales 4.6 Especialistas 4.7 Estudiantes 4.12 Médicos especialistas 4.13 Médicos Generales 4.14 Médicos Familiares 4.27 Psicólogos/profesionistas de la conducta no médicos
Tipo de organización desarrolladora	6.8 Dependencia del ISSSTE “Centro Médico Nacional 20 de Noviembre”
Población blanco	7.7 Adultos mayores 65 a 79 años, 7.8 Adultos mayores de 80 y más años, 7.9 Hombre, 7.10 Mujer
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal
Intervenciones y actividades consideradas	Historia Clínica completas Criterios de diagnóstico Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Educación para el paciente, consejería, seguimiento y control Criterios de referencia a segundo nivel
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Identificación del grupo vulnerable Inicio de medidas preventivas Identificación de pacientes que pueden ser tratados desde el primer nivel de atención Referencia oportuna a segundo nivel
Metodología de Actualización¹	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 7 fuentes vigentes de la guía original, del periodo 1994 2007 al periodo> y 11 fuentes utilizadas en la actualización, del periodo 2012 al periodo 2014, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 6 Revisiones sistemáticas: 0 Ensayos clínicos aleatorizados: 0 Estudios observacionales: 0 Otras fuentes seleccionadas: 5
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: UNAM Validación de la guía: ISSSTE
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 31/01/2016. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Con qué frecuencia se presenta la depresión en el adulto mayor?
2. ¿Cuál es la etiología de la depresión en el adulto mayor?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecerla?
4. ¿Cuáles son las medidas preventivas de la depresión en el adulto mayor?
5. ¿Cómo se realiza la detección de la depresión?
6. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica de depresión?
7. ¿Cuáles son los criterios de severidad de la depresión?
8. ¿Cómo se realiza el diagnóstico temprano de la depresión?
9. ¿Con que entidades clínicas se debe realizar el diagnóstico diferencial de la depresión en el adulto mayor?
10. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico inicial de la depresión?
11. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial de la depresión?
12. ¿Con qué periodicidad se realiza el seguimiento y mantenimiento del tratamiento del paciente?
13. ¿Cuáles son los criterios de remisión y recaídas de la depresión?
14. ¿Cuáles son las complicaciones de una detección tardía?
15. ¿De que manera la depresión puede producir discapacidad física y social?
16. ¿Cuándo se debe referir al adulto mayor al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La depresión es uno de los padecimientos psico-geriátricos más frecuentes a nivel mundial y se estima que en el año 2020 será la primera causa de pérdida de años de vida saludable en países desarrollados y la segunda causa a escala internacionales⁸. Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales¹.

Epidemiológicamente la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas y menos del 25% tienen acceso a tratamiento⁹. El envejecimiento acelerado de la población representa un reto importante para el sector salud, ya que concomitante a este fenómeno aumentarán también de forma acelerada la demanda de atención a la salud².

La ENSANUT 2012 recabó información de 8 874 hombres y mujeres de 60 años o más, que al aplicar los factores de expansión representan a 10 695 704 adultos mayores en el país, lo que representó 9.2% de la población estimada del país. De acuerdo con los resultados del Censo 2010, actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representan 9% del total de la población; su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones².

En lo que se refiere a la población en general, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 %, en pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 %. En México hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%³.

El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que éstas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo. La clave del éxito parece estar en la integración de servicios, con colaboración multidisciplinaria, combinando recursos de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada paciente⁴.

1. Berenzon, S; Lara, M; Robles, R. y Medina M. (2013). Depresión: estado actual y la necesidad de políticas públicas en México. *Salud Pública de México*. 4 (55), 74-80.
2. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
3. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto J, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar* 2012;145-13. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>. Fecha de consulta: 17 de noviembre de 2015.
4. Warren T, M.D; M.H.Sc. Depression in the Elderly. *N engl Med* 2014;371:1228-1236.

3.2. Actualización del Año 2008 al 2016

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en: (Dejar el nombre del abordaje en que sufrió el actualización, eliminar donde no sufrió actualización):
 - **Prevención**
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**

3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Prevenir, diagnosticar oportunamente el episodio depresivo, así como su tratamiento inicial**
- **Identificar oportunamente el evento depresivo que requiera de atención en un segundo nivel para su referencia**

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4. Definición

La depresión (CIE 10- F32 Evento Depresivo) es una alteración del estado del ánimo que se acompaña de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocional, del pensamiento y del comportamiento. Se caracteriza por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (sentimiento de tristeza), disminución de la vitalidad (que lleva al adulto mayor a la reducción de su nivel de actividad), y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más¹.

El episodio depresivo debe de tener por lo menos dos semanas de iniciada con síntomas de inicio de desinterés en las cosas y ánimo deprimido, se agregan cuatro síntomas más que son cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas¹.

El trastorno depresivo recurrente tiene un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos¹.

1. CIE-10. (1993). Clasificación internacional de las enfermedades, 10ª revisión. Trastornos mentales y del comportamiento, Meditor, Madrid.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **CASPe (Critical Appraisal Skills Programme)**, **NICE (National Institute for Clinical Excellence)**, **OCEBM (Centro de Medicina Basado en la Evidencia de Oxford)** y **Escala modificada de Shekelle**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia



Recomendación




Punto de buena práctica









En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<p style="text-align: center;">la Shekelle</p> <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Generalidades



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los síntomas depresivos son un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia funcional y social en adultos mayores.	IV NICE Salud Pública de México 2007
	Es necesario sensibilizar a los profesionales de salud acerca de la necesidad de su búsqueda y evaluación sistemática cuando los adultos mayores acudan a consulta por otros motivos, más aún cuando visitan de forma repetitiva los servicios de urgencia o de consulta de medicina familiar sin manifestar de forma objetiva alguna afectación física.	D NICE Salud Pública de México 2007
	La detección temprana de la depresión se realiza mediante preguntas específicas como: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días? • ¿Se ha sentido triste, pesimista todos los días? • ¿Siente que ya no disfruta o a perdido interés por cosas que antes le resultaban agradables? 	Punto de buena practica
	Uno de los obstáculos presentes en la familia para llevar oportunamente al adulto mayor a los servicios médicos para atención de la depresión, es la serie de prejuicios existentes alrededor de la vejez como las expresiones coloquiales “es por la edad”, “ya le cayeron los años encima”, etc..	IV NICE Salud Pública de México 2007
	Informar a los familiares de los adultos mayores que la discriminación y el uso de términos despectivos, pueden ser causantes de la aparición de la depresión e influir en la dependencia física y social de ellos.	2c OXFORD <i>Lozano y Calleja. 2013</i>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>La depresión es multifactorial, y sus causas no son bien conocidas. Pueden intervenir en su génesis antecedentes familiares, factores de la infancia, adversidades psicosociales (contexto social y aspecto de la personalidad). Lo más probable es que sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.</p>	<p>1+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i></p>
	<p>El médico tratante informe a la familia que la resiliencia en la vejez se fundamenta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación social-familiar • Implicarse en actividades que desarrollen un nuevo aprendizaje • Aceptar cambios físicos • Aprender a participar en bromas familiares y de si mismo • Asumir el fin de la vida como algo normal <p>Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial. La tarea del médico es conocer la diversidad de factores etiológicos para dirigir su conducta médica en las diversas acciones que aplicará al paciente.</p>	<p>C NICE <i>GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008</i></p>
	<p>Ante la presencia de cuadros severos de depresión y antecedentes de intento suicida, el riesgo de suicidio consumado es mayor.</p>	<p>Punto de buena practica</p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El envejecimiento produce una disminución de la actividad de los neurotransmisores cerebrales, de entre los cuales, el sistema serotoninérgico (serotonina) tiene una disminución de hasta un 50% en personas mayores de 80 años. Lo que favorece la aparición de eventos depresivos.</p>	<p>2c OXFORD <i>Lozano y Calleja. 2013</i></p>
	<p>Los factores predisponentes en la incidencia de la depresión son: las enfermedades crónicas degenerativas entre las que resaltan los eventos vasculares cerebrales, las neurológicas como Alzheimer y Parkinson, padecimientos endócrinos como Diabetes Mellitus, los trastornos del sueño y el dolor crónico.</p> <p>En los adultos mayores está indicado la utilización de antidepresivos para incrementar los niveles de la serotonina.</p>	<p>B OXFORD <i>Lozano y Calleja. 2013</i></p>
	<p>Estimular una dieta balanceada, actividad física diaria, buena higiene de sueño y actividades intelectuales.</p>	<p>Punto de buena practica</p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los principales factores de riesgo son; los trastornos cognitivos, sociales (jubilación o pérdida del empleo), familiares (pérdida de un ser querido), estado de pobreza, las enfermedades crónicas, físicas y mentales, el estado civil, el estrés crónico, la exposición a adversidades no resueltas a lo largo de la vida y asociación con hábitos de alcoholismo y tabaquismo.	III NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	La vulnerabilidad del adulto mayor se incrementa ante la presencia de problemas psicosociales como la jubilación o pensión, pérdida de la pareja, la disminución de la red social, la separación o el abandono de su descendencia.	B OXFORD <i>Lozano y Calleja. 2013</i>
	La detección de los factores de riesgo se obtiene mediante el interrogatorio dirigido y la adecuada comunicación con el paciente, permitirá identificarlos.	D NICE NCPG 23 2007DEPRESSION
	Se puede disminuir el desarrollo de la depresión con apoyo de consejería higiénico-dietética, orientada a mejorar la calidad de vida (calidad de sueño, control de ingestas y excretas, baño diario, cuidado personal, atención familiar, etc).	Punto de buena practica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p>E</p> <p>La historia clínica del paciente debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecimiento actual y enfermedades crónicas asociadas a: • Factores de riesgo detectados incluyendo ingesta de múltiples fármacos. • Valoración de cambios en el estado de ánimo. • Falta de motivación, abulia, hiperfagia, hipofagia, adinamia, tristeza e irritabilidad • Alteraciones del sueño • La evaluación del estado funcional en actividades de la vida diaria. • Investigar la disminución en la vitalidad o cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo. 	<p>I NICE <i>GPC Madrid, 2008</i></p>
<p>R</p> <p>Es importante detectar antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mayor o manía en alguno o varios integrantes de la familia • Respuestas depresivas a eventos de la vida no resueltos. • Desórdenes de personalidad • Rasgos disfuncionales • Desórdenes psiquiátricos previos • Enfermedades crónicas • Dependencia a sustancias. • Padecimientos graves o que amenazan la vida del paciente. 	<p>B OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i></p>
<p>R</p> <p>Es importante detectar antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas significativas como pérdida de una relación afectiva, de una situación financiera o de empleo, cambio de domicilio, de institución (asilo) de residencia (intercambio constante entre hijos o de estado o país). 	<p>Q+ CASPe <i>Mijung P, 2009</i></p>
<p>R</p> <p>Interrogar el entorno familiar con énfasis en situaciones de marginación y discriminación al adulto mayor.</p>	<p>C SHEKELLE <i>GPC para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores IMSS. Mexico 2007</i></p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>A partir de los 60 años, es recomendable interrogar a los adultos mayores con este tipo de preguntas o con la encuesta para detección de depresión que esté al alcance.</p>	<p>C SHEKELLE <i>GPC para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores IMSS México, 2007</i></p>
	<p>Estimular en la entrevista que el paciente hable de su malestar; mantener una escucha atenta en la tribuna abierta del paciente para posteriormente recolectar información faltante.</p> <p>La detección temprana de la depresión se realiza mediante preguntas específicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días? • ¿Se ha sentido triste, pesimista todos los días? • ¿Siente que ya no disfruta o a perdido interés por cosas que antes le resultaban agradables? 	<p>Punto de buena practica</p>




4.2. Diagnóstico

4.2.1. Diagnóstico diferencial

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La aplicación de una escala aislada no puede demostrar si la depresión existe en un paciente. Se requiere realizar la Historia Clínica completa y hacer diagnóstico diferencial con otros padecimientos.	2+ SHEKELLE <i>GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores IMSS, México 2007</i>
	Se debe realizar una exploración física pormenorizada, además de la aplicación de los cuestionarios de depresión con búsqueda intencional	2c OXFORD <i>Lozano y Calleja. 2013.</i>
	El adulto mayor puede presentar los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del ánimo, y energía, • Anhedonia, • Pérdida de interés, • Pérdida o aumento de sueño y apetito, • Sentimientos de culpa • Disminución o aumento de la actividad psicomotora • Disminución de la atención, concentración y de la claridad del pensamiento. • Cambios recientes de conducta y de la función psicomotora. 	2c OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i>
	Es importante hacer énfasis en: la pérdida del apetito o grados diversos de hiporexia e incluso hiperfagia, evaluación del estado nutricional, la calidad y cantidad de alimento ingerido con los horarios de ingesta	I+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p data-bbox="188 342 331 478">E</p> <p data-bbox="383 342 1057 411">Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10</p> <p data-bbox="383 443 1057 512">A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p data-bbox="383 512 1057 581">B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p> <p data-bbox="383 581 1057 711">C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.</p> <ul data-bbox="431 711 1057 1247" style="list-style-type: none"><li data-bbox="431 711 1057 814">▪ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras<li data-bbox="431 814 1057 917">▪ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta<li data-bbox="431 917 1057 984">▪ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual<li data-bbox="431 984 1057 1052">▪ Empeoramiento matutino del humor depresivo<li data-bbox="431 1052 1057 1119">▪ Presencia de enlentecimiento motor o agitación<li data-bbox="431 1119 1057 1152">▪ Pérdida marcada del apetito<li data-bbox="431 1152 1057 1220">▪ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes<li data-bbox="431 1220 1057 1247">▪ Notable disminución del interés sexual	<p data-bbox="1247 342 1341 375">CIE-10.</p> <p data-bbox="1076 375 1487 443"><i>Clasificación internacional de las enfermedades (1993).</i></p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="188 296 331 432" style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div> <p>Criterios de gravedad de un episodio de gravedad según CIE-10</p> <p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. <p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 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 fatigabilidad. <p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. 2. Reproches hacia sí 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 y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. <p>D. Puede haber o no síndrome Somático</p>	<p>CIE-10. <i>Clasificación internacional de las enfermedades (1993).</i></p>
<div data-bbox="188 1604 331 1740" style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div> <p>Para realizar el diagnóstico del episodio depresivo leve deben estar presentes dos de los tres síntomas del criterio A, más dos de los síntomas complementarios del criterio B, además puede presentarse alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no lo deje por completo.</p>	<p style="text-align: center;">D SHEKELLE <i>GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores IMSS, México 2007</i></p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Para realizar el diagnóstico del episodio depresivo leve deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas del criterio A, más tres de los síntomas complementarios del criterio B; además de grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.</p>	<p>D SHEKELLE <i>GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores IMSS, México 2007</i></p>
	<p>De no contar con una encuesta para determinar la presencia de depresión en el adulto mayor, de manera temprana, práctica y confiable se pueden utilizar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días? -¿Se ha sentido triste, pesimista todos los días? -¿Siente que ya no disfruta o a perdido interés por cosas que antes le resultaban agradables? 	<p>C NICE <i>GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto mayor Madrid, 2008</i></p>
	<p>El diagnóstico es eminentemente clínico y centrado en los signos y síntomas mencionados y de su estado clínico general.</p>	<p>D NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i></p>
	<p>Considere depresión si hay presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia • Fatiga • Insomnio • Fallas de memoria no severas 	<p>Punto de buena práctica</p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Es recomendable solicitar los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática. • Química sanguínea (Electrolitos, urea, creatinina y glucosa). • Examen general de orina. • Pruebas de Función tiroidea. 	<p>2c OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i></p>
	<p>Es importante que el médico del primer nivel de atención conozca que el SPECT, aunque esté fuera de su alcance, puede ayudar a diagnosticar episodios depresivos que no tienen una causa específica determinada.</p>	<p>Punto de buena practica</p>
	<p>El diagnóstico diferencial incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia (la evaluación es difícil en adultos mayores con deterioro en su lenguaje expresivo) • Delirio • Enfermedades metabólicas • Abuso y dependencia de sustancias. 	<p>2c OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i></p>
	<p>Los estudios de laboratorio deberán ser específicos de acuerdo al padecimiento que se sospeche.</p> <p>Realizar una evaluación rápida con el Mini Examen del Estado Mental. *Orientación *Fijación *Concentración y cálculo *Memoria *Lenguaje y construcción</p>	<p>Punto de buena practica</p>




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="188 296 331 432" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="383 296 1055 363">Las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva:</p> <p data-bbox="383 396 662 428">Patologías médicas:</p> <ul data-bbox="396 468 1055 800" style="list-style-type: none"> • Endocrino/Metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, porfiria. • Infecciosas: tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr infection, VIH, sífilis terciarias. • Neurológicas: alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia. • Neoplasias: carcinomatosis, cáncer páncreas. • Otros: lúes, dolor crónico. <p data-bbox="383 835 685 867">Trastornos mentales:</p> <ul data-bbox="396 907 935 1104" style="list-style-type: none"> • Trastorno angustia/ansiedad. • Trastorno obsesivo compulsivo. • Trastorno bipolar. • Distimia. • Trastornos adaptativos. • Síntomas negativos de la esquizofrenia. <p data-bbox="383 1106 639 1138">Consumo de tóxicos</p>	<p data-bbox="1247 300 1341 363">Q++ CASPe</p> <p data-bbox="1078 392 1500 554"><i>Alvarez M, 2014 Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. fisterra.com Atención Primaria en la Red.</i></p>
<div data-bbox="188 1171 331 1308" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="383 1178 1055 1276">Considerar que hay padecimientos que cursan con cansancio, astenia y adinamia como la diabetes mellitus, el dolor crónico, el hipotiroidismo, etc.</p>	<p data-bbox="1123 1173 1463 1205">Punto de buena práctica</p>

4.3. Tratamiento




4.3.1. Tratamiento no farmacológico




4.3.1.1. Tratamiento farmacológico





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El tratamiento debe estar enfocado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los síntomas de depresión. • Mejorar y mantener el nivel de funcionamiento social del individuo. • Mejorar el acercamiento con instituciones de autoayuda • Permitir el acomodo de personas mayores en residencias de familiares • Eliminar el riesgo de suicidio <p>Mejorar la condición de salud general.</p>	<p>2c OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i></p>
	<p>Consensar con la familia los aspectos relevantes que están afectando al adulto mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar al adulto mayor a la mesa familiar • Integrar al adulto mayor a las actividades de diversión y descanso familiar 	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los síntomas depresivos, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor, predisponiendo a una mayor discapacidad física y social.</p>	<p>IV NICE <i>Salud Pública de México 2007</i> 49 (5):367-375</p>
	<p>Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones como la demencia, con una pobre red de interacción social, con escasa autosatisfacción o con sentimientos de soledad.</p>	<p>D NICE <i>Salud Pública de México 2007</i> 49 (5):367-375</p>
	<p>Considerar el papel de la familia como factor motivacional para el acompañamiento en actividades físicas e intelectuales; que a su vez favorece el bienestar del paciente.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los factores que llevan a la discapacidad y dependencia son múltiples y diversos, los cuales comprenden por ejemplo, la baja escolaridad, el deterioro cognoscitivo, malos hábitos de vida o problemas de salud mental.</p>	<p>IV NICE <i>Salud Pública de México 2007</i> 49 (5):367-375</p>
	<p>Se deberá hacer énfasis en buscar signos y síntomas de déficit sensorial (visual y auditivo), así como manifestaciones urinarias de incontinencia, déficit neuromuscular como pérdida de la capacidad para deambular y para alimentarse sin ayuda Es necesario insistir en que los síntomas depresivos tienen grave consecuencia para la salud del adulto mayor, ya que además de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios y se recuperan en mayor tiempo de alguna enfermedad.</p>	<p>D NICE <i>Salud Pública de México 2007</i> 49 (5):367-375</p>
	<p>Indagar en los factores discapacitantes para hacer recomendaciones personalizadas para cada paciente, y a su vez, a los familiares que permitirá comprender al paciente. Solicitar a los familiares información complementaria a cerca de las quejas del paciente y llevar una bitacora acerca de estos para comentarlo cuando asistan a consulta. El detectar un estado depresivo en el adulto mayor de manera temprana así también el tratamiento por parte de médicos y familiares permitirá prevenir el agravamiento de los síntomas físicos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Medidas coadyuvantes de tratamiento incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lectura de libros de autoayuda, si no se desea acudir a psicoterapia o a terapia con profesionales de la salud mental. Terapia grupal de autoayuda. <p>Servicio de ayuda telefónica.</p>	<p>1+ NICE NCPG 23 2007 DEPRESSION</p>
	<p>Se recomienda que los familiares auxilien a los pacientes para poder llegar a los sitios donde se imparten actividades recreativas y terapéuticas.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>El realizar ejercicio puede ayudar a los pacientes con depresión leve y moderada. Incluso existe evidencia que aquellos pacientes con ánimo decaído mejoran con rutinas conducidas de ejercicio.</p>	<p>II+ NICE GPC Madrid, 2008</p>
	<p>Niveles bajos de actividad física (caminar 150 minutos/semana) podrían prevenir un futuro episodio depresivo.</p>	<p>Q+ CASPe Alvarez M, 2014</p>
	<p>Las medidas coadyuvantes de tratamiento mencionadas pueden mejorar el estado de ánimo de pacientes con depresión leve o moderada y se recomienda aplicarlas.</p>	<p>C NICE NCPG 23 2007 DEPRESSION</p>
	<p>Orientar a los sitios dentro de su comunidad donde se realizan/impartan actividades físicas de manera gratuita.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En la depresión leve o moderada en la que concurren dificultades de pareja, la terapia de pareja parece ofrecer ventajas adicionales a otras formas de tratamiento al mejorar el ajuste marital.	II+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Informar al paciente y su pareja de asociaciones no lucrativas donde existen grupos de autoayuda.	Punto de buena práctica






EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Existe la terapia cognitivo conductual que se centra en modificaciones de conductas disfuncionales y pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.	1+ NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i>
	En la depresión leve y moderada debe considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual o de consejo).	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Solicitar apoyo al servicio de psicología por parte del médico.	Punto de buena práctica




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	No existen datos suficientes de calidad acerca del riesgo beneficio del tratamiento farmacológico de la depresión leve.	IV NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Los antidepresivos no son recomendados en el tratamiento inicial de la depresión leve porque el riesgo beneficio es pobre.	C NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i>
	En la depresión leve pueden considerarse otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos.	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Promover las terapias de grupos e individuales por parte del servicio de psicología.	Punto de buena práctica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El empleo de fármacos antidepresivos mejora la depresión moderada y grave.	I++ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave. Se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve y antecedentes de episodios moderados o graves. Se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve ante la presencia de otras enfermedades médicas o con morbilidad asociada.	A NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En el caso de que los pacientes no esten dispuestos a recibir tratamiento farmacológico se recomienda solicitar la oportunidad de probar por un mes el medicamento para que logren percibir los beneficios del medicamento y enfatizar que no provocan adicción. Establecer una adecuada relación médico- paciente que beneficie el tratamiento. Explicar al paciente que la enfermedad medica puede empeorar la depresión y viceversa.	Punto de buena práctica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los ADT (antidepresivos tricíclicos), como grupo, son tan eficaces como los ISRS (inhibidores de la recaptura de serotonina) en el tratamiento de la depresión moderada o severa. Sin embargo, los ADT presentan peor tolerabilidad y mayor número de efectos adversos, lo que causa un abandono prematuro mayor en relación con los ISRS.	I++ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En adultos mayores el tratamiento se debe conservar por lo menos seis semanas a dosis adecuadas antes de pensar que el tratamiento no sirve. Sí existe una respuesta parcial durante este tiempo, se puede continuar por otras 6 semanas más.	C NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i>
	En depresiones moderadas la primera familia de elección de antidepresivos con los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), tales como: sertralina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, etc.	A NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i>
	En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Los ADT son alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a los mismos	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Se propone en guías no exclusivas de pacientes ancianos que se utilice como segunda opción antidepresivos de doble vía: duloxetina y mirtazapina	B NICE <i>Depression in the Elderly Warren, D 2014</i>
	Explicar al paciente que los antidepresivos tardan en promedio de 6 a 8 semanas en hacer su efecto máximo, y citarlos cada dos semanas para supervisar la mejoría y efectos secundarios. Es importante indagar si algún familiar o el paciente han obtenido beneficios tomado estos antidepresivos. Interrogar que efectos secundarios presente e indicarle al paciente que dicho fármaco produce tales efectos secundarios y/o que puede ser la interacción con otro medicamento que se encuentre tomando, para justificar el cambio de medicamento. En el caso de que el paciente presente somnolencia se recomienda duloxetina y en el caso de que presente insomnio se recomienda mirtazapina.	Punto de buena práctica




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El riesgo de recurrencia es menor cuánto más se prolonga el tratamiento farmacológico. El beneficio de esta prolongación disminuye con el tiempo y no está claro cuál es el periodo óptimo. Los pacientes con episodios previos de depresión son los más beneficiados de esta prolongación, por su alto riesgo de recurrencia.</p>	<p>I+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i></p>
	<p>El tratamiento se debe conservar mínimo por seis semanas a dosis adecuadas. Sí solo existiera una respuesta parcial durante este tiempo, se puede continuar por un lapso de 6 semanas más.</p>	<p>C NICE <i>NCPG 23 2007 DEPRESSION</i></p>
	<p>Es recomendable que el paciente dure como mínimo un periodo de 6 meses el tratamiento de manera total, tomando en cuenta que el paciente no tenga conflictos que puedan perpetuarle la depresión.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas.	I+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión.	A NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión.	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Explicar al paciente la importancia de la duración y apego al tratamiento para no sufrir recaídas.	Punto de buena práctica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El cambio de imipramina por sertralina o viceversa no mejora la evolución de la depresión.	I+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Se recomienda iniciar con ISRS como la sertralina, escitalopram, porque tiene menores efectos colaterales que los ADT.	B NICE <i>Clinical Practice. Depression in the elderly. Warren, D 2014</i>
	Explicar efectos colaterales de cada antidepresivo.	Punto de buena práctica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La asociación de antidepresivos con benzodiacepinas no mejoran la depresión así como tampoco la buspirona o el metilfenidato.	I- NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamacepina, lamotrigina, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodiacepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	No se debe suspender súbitamente los antidepresivos, porque aparecen efectos colaterales a lo que se le denomina síndrome de discontinuación.	Punto de buena práctica




4.4. Complicaciones

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Existe una variedad de efectos adversos en adultos mayores, debido a la interacción que pueden tener los antidepresivos con otros medicamentos, la absorción lenta y depuración prolongada.	1+ NICE NCPG 23 2007 <i>DEPRESSION</i>
	Los IRSS se asocian más a sintomatología neurovegetativa como diarrea, aumento de sudoración, náusea, mareo, de acuerdo a la tolerancia del individuo. En adultos mayores a los que se les prescriban ADT se debe monitorear más cercanamente por la existencia de mayores efectos colaterales en ellos, sobre todo alteraciones del ritmo cardíaco, estreñimiento, retención urinaria, aumento de la incidencia de glaucoma o de la severidad del mismo en quienes ya lo padecen.	C NICE NCPG 23 2007 <i>DEPRESSION</i>
	Explicar al paciente de los efectos secundarios de los medicamentos. Asistir con el medico si presenta efectos secundarios. Evaluar a la semana y a las tres semanas de iniciado el tratamiento.	Punto de buena práctica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>La depresión no es un diagnóstico de exclusión. El diagnóstico oportuno dará lugar a un tratamiento más efectivo.</p>	<p>2c OXFORD <i>Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the Elderly North Sidney Nov 2001</i></p>
	<p>Se sugiere la discontinuación de los antidepresivos en un periodo de aproximadamente 3 semanas, a la mitad de la dosis utilizada considerando que en la última semana sea en días alternos (cuartos de dosis).</p>	<p>C NICE <i>GPC Madrid, 2008</i></p>
	<p>Informar no suspender subitamente la medicación. Es ideal que el diagnóstico de depresión se haga en el primer nivel de atención para evitar complicaciones mayores y referencias inoportunas que retrasen el tratamiento adecuado.</p> <p>Es ideal que el diagnóstico de depresión se haga en el primer nivel de atención para evitar complicaciones mayores y referencias inoportunas que retrasen el tratamiento adecuado.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los síndromes de discontinuación (ej., dolor de cabeza, vértigos, náusea) ocurrieron entre un 0 y un 86% de pacientes (referido a todos los fármacos de segunda generación). Dentro de los ISRS, los pacientes tratados con paroxetina presentaron la incidencia más alta de este problema, y la fluoxetina la incidencia más baja.	2+ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	El mayor efecto benéfico del ejercicio se obtiene cuando se administra asociado al tratamiento farmacológico o terapéutico.	II++ NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	A los pacientes con depresión leve-moderado se les debe recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado de intensidad moderada, frecuencia de 2 a 3 veces por semana, duración de 40 a 45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas.	C NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Las pruebas científicas existentes no permiten recomendar la utilización de la acupuntura como tratamiento de la depresión.	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	No se recomienda la hierba de San Juan como una opción de tratamiento, el médico deberá informar a los pacientes que la consuman sobre sus posibles riesgos y beneficios.	B NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Los medicamentos alternativos no han demostrado eficiencia comprobada. Su éxito está fundamentado sobre su efecto placebo. Se recomienda una buena higiene de sueño, uso moderado de sustancias psicotrópicas del SNC como el alcohol, realizar ejercicio moderado, mejorar la vida de relación familiar. La medicina alternativa no tiene estudios sobre su eficiencia en este tipo de padecimientos.	Punto de buena práctica

4.5. Referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El riesgo de suicidio se incrementa durante el episodio de depresión y en el periodo de remisión parcial. Los intentos previos de suicidio se asocian a la probabilidad de un futuro suicidio consumado.	III NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	En todo paciente con trastorno depresivo se recomienda explorar las ideas de muerte y de intento de suicidio. En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda su referencia urgente al especialista del siguiente nivel de atención.	D NICE <i>GPC Madrid, 2008</i>
	Se sugiere derivar al segundo nivel de atención a aquellos pacientes que no responden a dos tratamientos farmacológicos distintos.	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **prevención, diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término **depresión**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **12** resultados, de los cuales se utilizaron **3** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Depression/diagnosis"[Mesh] OR "Depression/drug effects"[Mesh] OR "Depression/drug therapy"[Mesh] OR "Depression/epidemiology"[Mesh] OR "Depression/psychology"[Mesh] OR "Depression/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2010/11/02"[PDat] : "2015/10/31"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	12

Algoritmo de búsqueda:

- Ministry of Health clinical practice guidelines: depression.**
 ("Depression/diagnosis"[Mesh] OR "Depression/drug effects"[Mesh] OR "Depression/drug therapy"[Mesh] OR "Depression/epidemiology"[Mesh] OR "Depression/prevention and control"[Mesh] OR "Depression/psychology"[Mesh]) AND (Guideline[ptyp] AND "2010/10/16"[PDat] : "2015/10/14"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "aged"[MeSH Terms]
- Consenso de la SEPG sobre la depresión en los ancianos.**
 ("Depression/diagnosis"[Mesh] OR "Depression/prevention and control"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2005/10/17"[PDat] : "2015/10/14"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "aged"[MeSH Terms]
- Clinical Practice. Depression in the elderly.**
 ("Depression/diagnosis"[Mesh] OR "Depression/drug effects"[Mesh] OR "Depression/drug therapy"[Mesh] OR "Depression/epidemiology"[Mesh] OR "Depression/psychology"[Mesh] OR "Depression/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh]) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp]) AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND aged[MeSH]

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y, de éstos, cuántos se utilizaron.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Depression/diagnosis"[Mesh] OR "Depression/drug effects"[Mesh] OR "Depression/drug therapy"[Mesh] OR "Depression/epidemiology"[Mesh] OR "Depression/psychology"[Mesh] OR "Depression/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2005/11/03"[PDat] : "2015/10/31"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	25

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **fisterra.com** con el término **atención primaria en la red**. Se obtuvieron **3** resultados de los cuales se utilizaron **GPC 3, información para pacientes 1, calculos 3** documentos para la elaboración de la guía.

5.1.1.3. Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **depresión en adultos mayores**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales	1	1
CENAPRECE Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	1	1
SCIELO Scientific Electronic Library Online	84	2
Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica	2	1
Total	88	5

En los siguientes sitios Web no se obtuvieron resultados:

<Enlistar, separados con comas, los sitios Web de los que no se obtuvieron resultados>.

<Nota: En caso de ser necesario, abrir otra etapa con este mismo formato y, al final de la última etapa, incluir la siguiente conclusión:>

En resumen, de **<No. Resultados>** resultados encontrados, **<No. Resultados>** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.2. Escalas de Gradación

Los documentos tomados como referencia, que no contaron con sistema de gradación de la evidencia y fuerza de la recomendación, fueron clasificados por el grupo redactor de esta guía empleando los siguientes criterios (NICE 2007)*

Tabla 1. Niveles de evidencia para estudios de intervención NICE (National Institute for Clinical Excellence)

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o casos controles con alto riesgos de sesgos
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones para estudios de intervención NICE (National Institute for Clinical Excellence)

A	<ul style="list-style-type: none"> Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados Evidencia a partir de la apreciación de NICE.
B	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o, Extrapolación de estudios calificados como 1++, 1+
C	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++
D	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia nivel 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal.
D (BPP)	<ul style="list-style-type: none"> Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía
IP	<ul style="list-style-type: none"> Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.

Tabla 3. Clasificación de las recomendaciones para los estudios diagnósticos NICE (National Institute for Clinical Excellence)

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV
ED	Estudios diagnósticos

Tabla 4. Nivel de evidencia para Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones Centro de Medicina Basado en la Evidencia de Oxford (OCEBM)

Grados de Recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento.
	1c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes.
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2c	Investigación de resultados en salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad

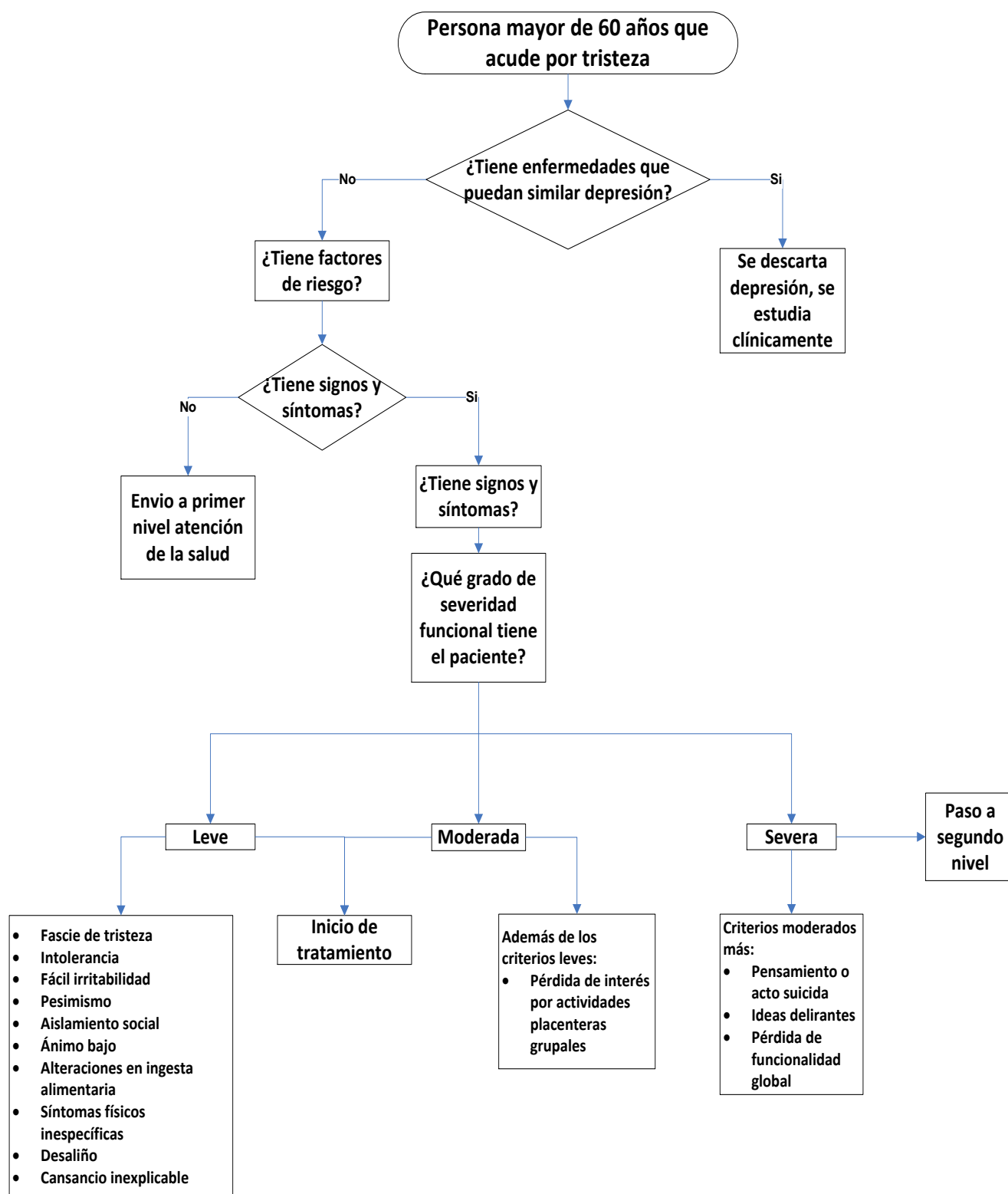
Tabla 5. Escala modificada de Shekelle

Categorías de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados.	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II o III.

Tabla 6. CASPe Programa de habilidades en lectura crítica

Q++	Cumplimiento de todos o la mayoría de los criterios metodológicos.
Q+	Cumplimiento de algunos criterios metodológicos
Q-	Cumplimiento de pocos o ningún criterio metodológico

5.3. Diagramas de Flujo



5.4. Listado de Recursos

5.4.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **episodio depresivo leve y moderado** del **Cuadro Básico de ISSSTE** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFEKTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4483	Fluoxetina	20mg día	20mg capsulas, comprimidos, solución, envase de 10,20 y 40 tabletas o cápsulas. Capsula de 90mg de liberación prolongada (dosis semanal).	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión, nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, eacciones de hipersensibilidad. Disfunción erectil.	Con warfarina y digitoxina se potencian efectos adversos, incrementa efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptan, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco. Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores, tienen efecto sobre el sistema microsómico, interacciona con hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes.	Riesgo en el embarazo Hipersensibilidad al fármaco.
4484	Sertralina	100mg al día	50mg y 100mg/ envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina. Disfunción erectil.	Con arfarina aumenta efecto anticoagulates por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (eletriptán, rizatriptan, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco. Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. Epilepsia.
5481	Paroxetina	25 mg al día	20 mg y 25 mg/ envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural. Disfunción erectil.	Incremental el efecto de los IMAO, antidepresivos, tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatrptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores. Aumento de niveles de antipsicóticos.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención

3302	Imipramina	100 mg al día	10 mg, 25, 50 mg/ envase con 60 tabletas la de 10 mg y de 20 tabletas para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria. Disfunción erectil.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: retención urinaria y estreñimiento, con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis), múltiples medicaciones
4485	Duloxetina	60mg al día	30 mg y 60 mg /capsulas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, náusea, serotonina, pérdida de peso y debilidad muscular. Disfunción erectil.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede aumentar efectos de medicamentos antiagregantes plaquetarios, incrementar concentración serica de metoprolol, con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. El alcohol puede incrementar efectos secundarios.	Riesgo en el embarazo. Alergia a los componentes del medicamento y uso en los 14 previos de la MAO.
5481	Paroxetina	25 mg al día	20 mg y 25 mg/ envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural. Disfunción erectil.	Incremental el efecto de los IMAO, antidepresivos, tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores. Aumento de niveles de antipsicóticos.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
5487	Citalopram	Iniciar con 10mg por 5 días Maxima con 20 mg al día	20 mg /tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, náusea, serotonina, pérdida de peso y debilidad muscular. En adultos mayores a 60 años en dosis mayores a 20 mg incrementan el riesgo de prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma. Disfunción erectil.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede aumentar efectos de medicamentos antiagregantes plaquetarios, incrementar concentración serica de metoprolol, puede disminuir el efecto de la carbamazepina, el alcohol puede incrementar efectos secundarios. Evitar su uso concomitante con prolonguen el intervalo QT.	Hipersensibilidad al cualquier componente de la forma. Utilización de inhibidores de la MAO de forma concurrente o 14 días antes de iniciar el tratamiento. Pacientes que estén recibiendo linezolid o azul de metileno.

Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención

4480	Escitalopram	Iniciar con 5 mg por días máxima con 10 mg	10 mg y 20 mg/ tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, náusea, serotonina, pérdida de peso y debilidad muscular. En adultos mayores a 60 años en dosis mayores a 10 mg incrementan el riesgo de prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma. Disfunción eréctil.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede aumentar efectos de medicamentos antiagregantes plaquetarios, incrementar concentración sérica de metoprolol, puede disminuir el efecto de la carbamazepina, el alcohol puede incrementar efectos secundarios. Evitar su uso concomitante con prolonguen el intervalo QT.	Hipersensibilidad al cualquier componente de la forma. Utilización de inhibidores de la MAO de forma concurrente o 14 días antes de iniciar el tratamiento. Pacientes que estén recibiendo linezolida o azul de metileno.
5490	Mirtazapina	Iniciar 15 mg al día se puede aumentar en intervalo de 15 mg cada una a dos semanas hasta un máximo de 45 mg.	30mg/tabletas o tabletas dispersables	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, náusea, serotonina, pérdida de peso y debilidad muscular. Disfunción eréctil.	Evitar uso con alcohol. Evitar su administración con sustratos de CYP3A4.	Hipersensibilidad al cualquier componente de la forma. Utilización de inhibidores de la MAO de forma concurrente o 14 días antes de iniciar el tratamiento. Pacientes que estén recibiendo linezolida o azul de metileno. Monitorizar su uso conjunto con depresores del sistema nervioso central.

5.5. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Episodio Depresivo Leve y Moderado	
CIE-9-MC / CIE-10	F32. Episodio Depresivo	
Código del CMGPC:	ISSSTE-131-16	
TÍTULO DE LA GPC		
Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo, leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención		Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	
7.7 Adultos mayores 65 a 79 años, 7.8 Adultos mayores de 80 y más años, 7.9 Hombre 7.10 Mujer	4.5 Enfermeras generales 4.6 Especialistas 4.7 Estudiantes 4.12 Médicos especialistas 4.13 Médicos Generales 4.14 Médicos Familiares 4.27 Psicólogos/profesionistas de la conducta no médicos	3.1.1 1er Nivel
PROMOCIÓN		(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Niveles bajos de actividad física (caminar 150 minutos/semana) podrían prevenir un futuro episodio depresivo.		
Uno de los obstáculos presentes en la familia para llevar oportunamente al adulto mayor a los servicios médicos para atención de la depresión, es la serie de prejuicios existentes alrededor de la vejez como las expresiones coloquiales “es por la edad”, “ya le cayeron los años encima”, etc.		Q+ CASPe
PREVENCIÓN		IV NICE
Informar a los familiares de los adultos mayores que la discriminación y el uso de términos despectivos, pueden ser causantes de la aparición de la depresión e influir en la dependencia física y social de ellos.		2c OXFORD
El realizar ejercicio puede ayudar a los pacientes con depresión leve y moderada. Incluso existe evidencia que aquellos pacientes con ánimo decaído mejoran con rutinas conducidas de ejercicio.		I++ NICE
DIAGNÓSTICO		
El adulto mayor puede presentar los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del ánimo y energía • Anhedonia • Pérdida de interés • Pérdida o aumento de sueño y apetito • Sentimientos de culpa • Disminución o aumento de la actividad psicomotora • Disminución de la atención, concentración y de la claridad del pensamiento. • Cambios recientes de conducta y de la función psicomotora 		2c OXFORD
El diagnóstico diferencial incluirá: <ul style="list-style-type: none"> • Demencia (la evaluación es difícil en adultos mayores con deterioro en su lenguaje expresivo) • Delirio • Enfermedades metabólicas • Abuso y dependencia de sustancias 		2c OXFORD
TRATAMIENTO		
El tratamiento debe estar enfocado a: <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los síntomas de depresión. • Mejorar y mantener el nivel de funcionamiento social del individuo. • Mejorar el acercamiento con instituciones de autoayuda • Permitir el acomodo de personas mayores en residencias de familiares • Eliminar el riesgo de suicidio • Mejorar la condición de salud general 		2c OXFORD

Los ADT (antidepresivos tricíclicos), como grupo, son tan eficaces como los ISRS (inhibidores de la recaptura de serotonina) en el tratamiento de la depresión moderada o severa. Sin embargo, los ADT presentan peor tolerabilidad y mayor número de efectos adversos, lo que causa un abandono prematuro mayor en relación con los ISRS.	I++ NICE
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
PRONÓSTICO	
Existe una variedad de efectos adversos en adultos mayores, debido a la interacción que pueden tener los antidepresivos con otros medicamentos, la absorción lenta y depuración prolongada.	I+ NICE
El inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas.	I+ NICE
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Adinamia: ausencia de movimiento o reacción, lo que lleva a un estado de postración debido a factores físicos y/o nerviosos, se manifiesta por falta de fuerza, debilidad, ausencia de iniciativa física y emocional como consecuencia de un estado patológico.

Anhedonia: termino que se utiliza para expresar la incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.

Astenia: es una sensación de debilidad y falta de vitalidad generalizada, tanto física como intelectual, que reduce la capacidad para trabajar e incluso realizar las tareas más sencillas.

Deliro:

Delirio: condición que presenta rápidos cambios en el estado mental, causa confusión y cambios en el comportamiento, además de pasar de un estado de lucidez a inconsciencia y de perder contacto con la realidad.

Demencia: síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Depresión: es una alteración del estado del ánimo que se acompaña de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocional, del pensamiento y del comportamiento. Se caracteriza por perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

Distimia: se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave menos severa, pero más crónica.

Efecto colateral: una consecuencia no buscada que forma parte de la propia acción farmacológica de un medicamento.

Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factor predisponente: cualquier condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enferntarse al estrés; puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

Hiporexia: es la pérdida o disminución parcial del apetito diferenciándose de la anorexia, que es la pérdida total del apetito.

Neurotransmisores: sustancias químicas que se encargan de la transmisión de las señales desde una neurona hasta otra neuroa a través de las sinapsis.

Recaída: probabilidad de que un nuevo descendiente, de una familia con un trastorno heredado, sufra ese trastorno.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, M; Atienza, G; De las Heras, M; González, A; Guitlán, D; Louro, A; Triñanes, Y. Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. (2014). *fisterra.com Atención Primaria en la Red*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-adulto/>
2. Álvarez, M; Atienza, G; De las Heras, M; González, A; Guitlán, D; Louro, A; Triñanes, Y. Depresión mayor en el adulto: medidas generales y tratamiento farmacológico. (2014). *fisterra.com Atención Primaria en la Red*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-mayor-adulto-medidas-generales-tratamiento-farmacologico/>
3. Álvarez, M; Atienza, G; De las Heras, M; González, A; Guitlán, D; Louro, A; y Triñanes, Y. Depresión mayor en el adulto: psicoterapia y otros tratamientos no farmacológicos. (2014). *fisterra.com Atención Primaria en la Red*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-mayor-adulto-psicoterapia-otros-tratamientos-no-farmacologicos/>
4. Berenzon, S; Lara, M; Robles, R. y Medina M. (2013). Depresión: estado actual y la necesidad de políticas públicas en México. *Salud Pública de México*. 4 (55), 74-80.
5. Chua HC, Chan LL, Chee KS, Chen YH, Chin SA, Chua PL, et. al. Ministry of Health clinical practice guidelines: depression. *Singapore Med J*. 2012 Feb;53(2):137-43 quiz 144.
6. CIE-10. (1993). Clasificación internacional de las enfermedades, 10ª revisión. Trastornos mentales y del comportamiento, Meditor, Madrid.
7. Consensus Guidelines for Assessment and Management of Depression in the elderly. NSW HEALTH DEPARTMENT. North Sydney, 2001.
8. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores. *Salud Mental*. Vol. 30 (6). Noviembre-Diciembre 2007.
9. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid, España. 2008.
10. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
11. Lozano, D. y Calleja, O. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención Depresión en la Persona Adulta Mayor. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades 2013.
12. Manual de diagnóstico y estadística de la DSM 4 de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. 1994.
13. Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla Margarita, Acosta-Castillo Isaac, Sosa-Ortiz Ana Luisa, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Nov 17]; 55(Suppl 2): S323-S331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es.
14. Martín M, Agüera L, Caballero L, Cevilla J, Menchón JM, Montejo AL, et. al. Consenso de la SEPG sobre la depresión en los ancianos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Jan-Feb; 39 (1): 20-31.
15. Medigraphic Artemisa. 49 (5): 367-375. Avila-Funes JA, Melano-Carranza E (et-al). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México* 2007.

16. National Clinical Practice Guideline Number 23. Depression: Management of depression in primary and secondary care. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007.
17. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto J, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar 2012;145-13. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>. Fecha de consulta: 17 de noviembre de 2015.
18. Wagner Fernando A., González-Forteza Catalina, Sánchez-García Sergio, García-Peña Carmen, Gallo Joseph J.. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Nov 17]; 35(1): 3-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es.
19. Warren T, M.D; M.H.Sc. Depression in the Elderly. N engl Med 2014;371:1228-1236.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de **Universidad Nacional Autónoma de México** que participó en los procesos de **validación** su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

M. en A. María Luisa González Rétiz *Directora General*

Dr. Jesús Ojino Sosa García *Director de Integración de GPC*

Dr. Arturo Ramírez Rivera *Subdirector de GPC*

Dra. Violeta Estrada Espino *Departamento de validación y normatividad de GPC*

Dra. Yesenia Ortiz Montaña *Coordinadora de guías de medicina interna*

Dr. Cristobal León Oviedo *Coordinadora de guías de medicina interna*

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris *Coordinadora de guías de ginecología y obstetricia*

Dr. Joan Erick Gómez Miranda *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Christian Fareli González *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Jaime Enoc Zambrano Guerrero *Coordinador de guías de pediatría*

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa *Investigación documental*

Dr. Pedro Nieves Hernández *Subdirector para la gestión de GPC*

Dra. Maricela Sánchez Zúñiga *Departamento de apoyo científico para GPC*

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Mikel Arriola Peñalosa
Directora General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rafael M. Navarro Meneses
Director Médico

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Samuel Fuentes Reyna
Subdirector

Dr. José Francisco González Martínez

Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación

Dr. Fiacro Jiménez Ponce

Jefe de Departamento de Investigación

Dr. Antonio Torres Fonseca

Coordinador de Guías de Práctica Clínica

Dr. Luis Ernesto Gallardo Valencia

Director del Centro Médico Nacional
20 de Noviembre

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O' Shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
	Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud	
	Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General	
	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
	Contraalmirante SSN, M.C. PEDIATRA Rafael Ortega Sánchez	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
	Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
	Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud	
	Dr. Miguel Ángel Cedillo Hernández	Titular
	Director General de Evaluación del Desempeño	
	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud	
	M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
	Dr. Álvaro Emilio Arceo Ortíz	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche		
	Dr. Jesús Pavel Plata Jarero	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Nayarit		
	Dr. Neftalí Salvador Escobedo Zoletto	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla		
	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
	Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	
	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	
	Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	
	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	
	Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	
	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
	Secretario Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	