

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia al 2018 de las Recomendaciones de Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la GPC de Adolescente con Depresión, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

1

Etapas 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 8 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapas 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, tras esta evaluación se descartó una recomendación.

Posteriormente los resultados fueron revisados por el equipo elaborador de la guía, donde se descartaron 6 recomendaciones por consenso grupal, ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018 de la Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013

Se realizará psicoeducación frente a sospecha o diagnóstico de depresión a adolescentes y sus padres.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013.

Recomendaciones	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Sospecha diagnóstica y tamizaje	
Se debe aplicar tamizaje de depresión a todos los adolescentes que asistan a control de salud.	formulación adecuada
Para que el proceso de cribado sea completo, se recomienda que el adolescente y algún adulto significativo, por separado, respondan un instrumento de tamizaje, con el fin de minimizar los falsos positivos y falsos negativos.	formulación INADECUADA
Se debe evaluar anualmente la presencia de depresión en adolescentes cuyas madres y/o padres tengan diagnóstico de depresión, ya que tienen de 3 a 4 veces más probabilidades de desarrollar el trastorno.	formulación INADECUADA
Se debe evaluar anualmente la presencia de depresión a adolescentes con antecedentes de VIF, abuso o negligencia.	formulación INADECUADA
Se debe aplicar tamizaje de depresión a todos los adolescentes que asistan a control de salud.	formulación adecuada
Para que el proceso de cribado sea completo, se recomienda que el adolescente y algún adulto significativo, por separado, respondan un instrumento de tamizaje, con el fin de minimizar los falsos positivos y falsos negativos.	formulación INADECUADA
Se debe evaluar anualmente la presencia de depresión en adolescentes cuyas madres y/o padres tengan diagnóstico de depresión, ya que tienen de 3 a 4 veces más probabilidades de desarrollar el trastorno.	formulación INADECUADA
Diagnóstico integral	
Ante la presencia de factores presuntivos de depresión en adolescentes entre 10 y 14 años, derivar a psiquiatra para confirmación diagnóstica.	formulación adecuada
La derivación a confirmación diagnóstica, debe incorporar el resultado de la aplicación del instrumento de tamizaje.	formulación INADECUADA
El proceso diagnóstico deberá incluir la evaluación de factores de riesgo y protectores para el trastorno depresivo en adolescentes.	formulación INADECUADA
Son exámenes recomendados para diagnóstico integral: hemograma, prueba de función tiroidea (TSH, T3, T4 libre), perfil bioquímico y screening de consumo de drogas.	formulación INADECUADA
El diagnóstico clínico y la severidad del trastorno depresivo, deberá realizarse siguiendo los criterios para depresión de CIE-10, según ejes.	formulación adecuada
Antes de iniciar el tratamiento farmacológico con antidepresivos se debe descartar que los síntomas se deban a una depresión bipolar.	formulación INADECUADA

¹ **Formulación adecuada:** la formulación de la recomendación está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementarla y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementarla o evaluar.

Tratamiento	
Como parte de la intervención terapéutica e recomienda la promoción de estilos de vida saludables, como actividad física regular, alimentación sana y horarios de sueño adecuados.	formulación INADECUADA
Las intervenciones escolares deben realizarse previa autorización de los padres o tutores, así como el asentimiento del adolescente, respetando el derecho a la privacidad	formulación INADECUADA
Se realizará psicoeducación frente a sospecha o diagnóstico de depresión a adolescentes y sus padres.	formulación adecuada
Las intervenciones psicoterapéuticas de primera línea son las realizadas bajo los enfoques cognitivo-conductual e interpersonal manualizadas.	formulación adecuada
Los fármacos recomendados para el manejo de la depresión en adolescentes entre 10 y 14 años son la Fluoxetina y el Escitalopram a partir de los 12 años.	formulación adecuada
El tratamiento farmacológico requerirá de un período de ensayo clínico de 6 a 8 semanas para evaluar la respuesta o ausencia de ésta con cada fármaco utilizado.	formulación adecuada
El tratamiento farmacológico debe mantenerse entre 6 y 12 meses después de la remisión total de síntomas.	formulación adecuada
El tratamiento de adolescentes con depresión deberá realizarse en tres fases: aguda, de continuación y de mantención, con el fin de consolidar la respuesta y prevenir nuevos episodios.	formulación INADECUADA
Frente a la presencia de comorbilidades al cuadro depresivo se debe dar tratamiento a las patologías presentes, ya que esto puede ayudar a mejorar los resultados del tratamiento.	formulación INADECUADA
Se recomienda la intervención combinada, incorporando al tratamiento farmacológico y la terapia psicoterapia (ej. cognitivo conductual), en todos los tipos de depresión, excepto en la leve, en la que no están indicados los antidepresivos.	formulación INADECUADA
En cada control de salud mental evaluar la presencia de ideación suicida, efectos adversos a los fármacos como acatisia, síndrome serotoninérgico o síndrome de discontinuación.	formulación INADECUADA
El término del tratamiento farmacológico debe ser gradual, disminuyendo las dosis de forma progresiva.	formulación INADECUADA

¹ **Formulación adecuada:** la formulación de la recomendación está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión del año 2013.

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
Se debe aplicar tamizaje de depresión a todos los adolescentes que asistan a control de salud.	No vigente por consenso
Ante la presencia de factores presuntivos de depresión en adolescentes entre 10 y 14 años, derivar a psiquiatra para confirmación diagnóstica.	No vigente por consenso
El diagnóstico clínico y la severidad del trastorno depresivo, deberá realizarse siguiendo los criterios para depresión de CIE-10, según ejes.	No vigente por consenso
Se realizará psicoeducación frente a sospecha o diagnóstico de depresión a adolescentes y sus padres.	Vigente
Las intervenciones psicoterapéuticas de primera línea son las realizadas bajo los enfoques cognitivo-conductual e interpersonal manualizadas.	No vigente por consenso
Los fármacos recomendados para el manejo de la depresión en adolescentes entre 10 y 14 años son la Fluoxetina y el Escitalopram a partir de los 12 años.	No vigente por puntaje
El tratamiento farmacológico requerirá de un período de ensayo clínico de 6 a 8 semanas para evaluar la respuesta o ausencia de ésta con cada fármaco utilizado.	No vigente por consenso
El tratamiento farmacológico debe mantenerse entre 6 y 12 meses después de la remisión total de síntomas.	No vigente por consenso

5

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológica (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)

No vigente por consenso: La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso), lo cual fue determinado a través de consenso del Equipo Elaborador.

No vigente por puntaje: La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso), lo cual fue determinado a través del puntaje de la encuesta de vigencia clínica.

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC

Carla Ávila Rivera	Psicóloga. Corporación Municipal de Puente Alto, Servicio de Salud Sur Oriente.
Carolina Vanzulli Moreno	Psicóloga.
Cecilia Zuleta Callejas	Psicóloga. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.
Eduardo Riquelme Gajardo	Médico Psiquiatra. Sociedad Chilena de Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Emma Carreño Aranda	Psicóloga. Hospital Provincia Cordillera.
Fernanda Nicole Orrego Müller	Psicólogo. Universidad San Sebastián.
Ivonne Espinoza Pozo	Enfermera. Fondo Nacional de Salud (FONASA).
Leonardo Vidal Hernández	Terapeuta Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.
María Alejandra Gómez Méndez	Psicóloga. Complejo integral de salud mental infante juvenil, CRS "Dr. Salvador Allende G."
Muriel Halpern Gasman	Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile
Nereyda Alicia Concha Catalán	Médico. Sociedad Chilena de Pediatría
Paulina Peña Fajuri	Psicóloga. Centro Comunitario de Salud Mental - CEIF Puente Alto.
Scarlette Fonseca Lagos	Terapeuta Ocupacional. Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Ñuñoa.
Susana Chacón Sandoval	Psicóloga. División de Gestión de la Red Asistencial, Ministerio de Salud.
Vania Martínez Nahuel	Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Verónica Véliz Rojas	Terapeuta Ocupacional. División de Atención Primaria, Ministerio de Salud.
Ximena Vásquez Cayo	Psicóloga. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Centro de Referencia en Salud Salvador Allende Gossens.