

## RECOMENDACIÓN T.7

### INFORME DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES Guía de Práctica Clínica de Depresión en Adolescentes - 2018

#### A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión ¿Se debe realizar consultoría de salud mental en comparación a no realizar?

#### Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población:** Personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión.

**Intervención:** Consultoría de salud mental: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes.

**Comparación:** No realizar.

**Desenlace (outcome):** Mejoría en salud mental, sintomatología, satisfacción de los pacientes, adherencia de los pacientes.

#### B. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas asociadas al tema de “Unipolar depressive disorder”. Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. En caso de considerarse necesario, se integraron estudios primarios.

Seleccionadas las revisiones sistemáticas o estudios primarios asociadas a la temática, se clasificaron en función de las potenciales preguntas a las que daban respuesta. Al momento de definir la pregunta la evidencia ya se encontraba previamente clasificada según intervenciones comparadas. Los resultados se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

## C. SÍNTESIS DE EVIDENCIA

### Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron 3 revisiones sistemáticas que incluyen 13 estudios primarios, de los cuales 10 corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “*Matriz de evidencia*”<sup>1</sup>, en el siguiente enlace: [Consultoría para la depresión](#).

Tabla 1: Resumen de la evidencia seleccionada

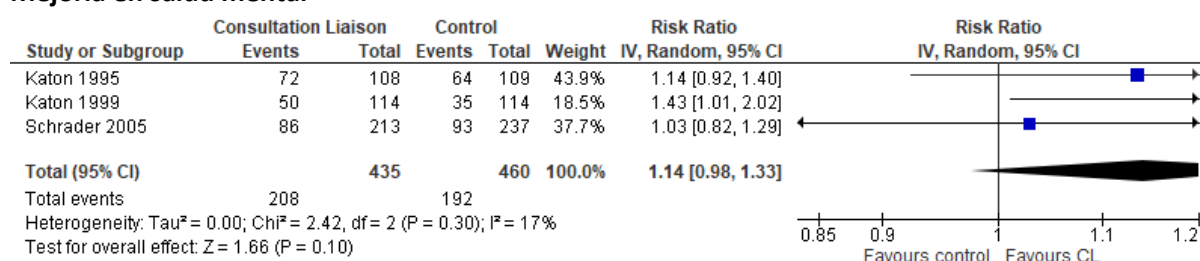
Revisión Sistemática	3 [1-3]
Estudios primarios	10 [4-15] y un estudio observacional [16]

### Estimador del efecto

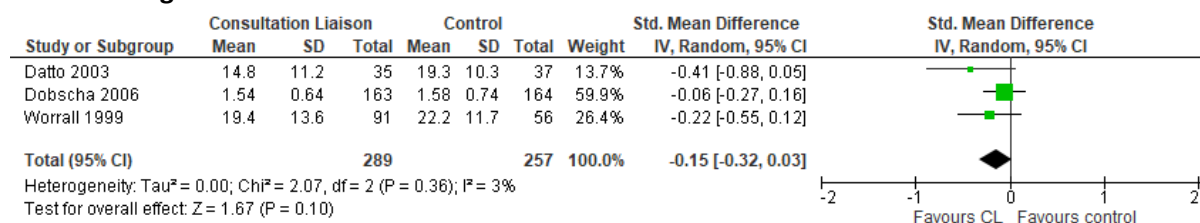
Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, identificándose una revisión sistemática [2] que incluye todos los ensayos aleatorizados relevantes [4-13], excepto uno [4] que se excluyó ya que el cuidado habitual era realizado por enfermera. Debido a esto, se decidió reutilizar sus metanálisis para construir la tabla resumen de resultados. Además, la incorporación del estudio observacional [14] no cambiaba la certeza de la evidencia ni entregaba información adicional.

### Metanálisis

#### Mejoría en salud mental

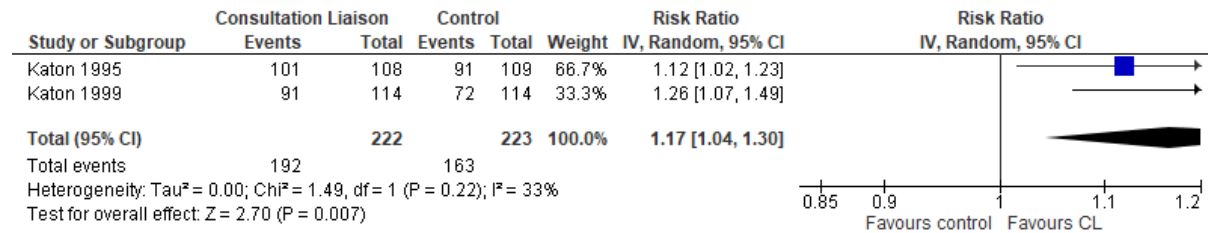


#### Sintomatología



<sup>1</sup> **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

## Satisfacción de los pacientes



## Adherencia de los pacientes

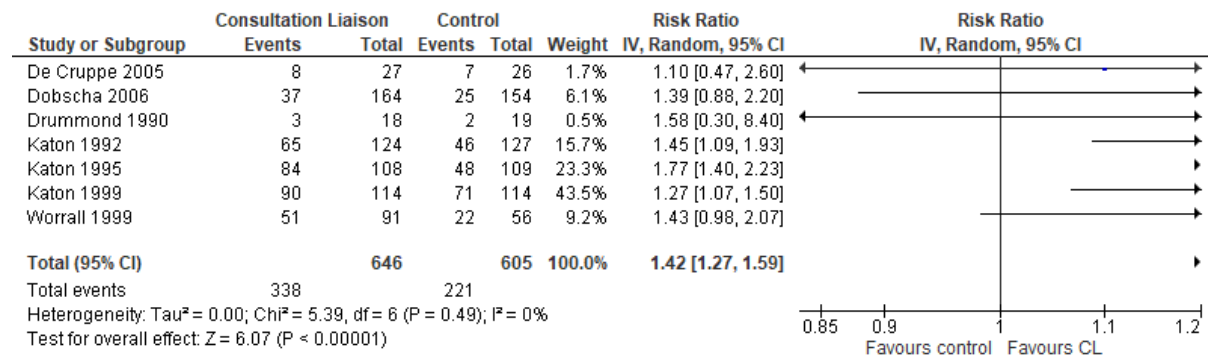


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS CON DEPRESIÓN.						
Pacientes	Personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión.					
Intervención	Consultoría de salud mental.					
Comparación	No realizar.					
Desenlaces**	Efecto relativo (IC 95%) -- Estudios/ pacientes	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		SIN consultoría	CON consultoría	Diferencia (IC 95%)		
Mejoría en salud mental***	RR 1,14 (0,98 a 1,33) -- 3 ensayos [9, 10, 12] / 895 pacientes	417 por 1000	476 por 1000	Diferencia: 59 más (8 menos a 138 más)	⊕○○○ <sub>1,2,3</sub> Muy baja	La consultoría podría llevar a una mejoría de la salud mental. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Sintomatología	-- 3 ensayos [6, 7, 13] / 546 pacientes	DME: 0,15 menos**** (0,32 menos a 0,03 más)			⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja	La consultoría de salud mental podría tener poco impacto en la sintomatología. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Satisfacción de los pacientes	RR 1,17 (1,04 a 1,30) -- 2 ensayos [9, 10] / 445 pacientes	731 por 1000	855 por 1000	Diferencia: 124 más (29 a 219 más)	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja	La consultoría de salud mental podría aumentar la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Adherencia de los pacientes	RR 1,42 (1,27 a 1,59) -- 7 ensayos [7-10, 13-15] / 1251 pacientes	365 por 1000	519 por 1000	Diferencia: 154 más (99 a 216 más)	⊕○○○ <sup>1,2</sup> Muy baja	La consultoría de salud mental podría aumentar la adherencia de los pacientes. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.

IC 95%: Intervalo de confianza del 95% // RR: Riesgo relativo // DME: Diferencia de medias estandarizada // GRADE: Grados de evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

\* El **riesgo SIN consultoría** está basado en el riesgo del grupo control en los estudios. El **riesgo CON consultoría** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir del efecto relativo (y su intervalo de confianza).

\*\*Seguimiento de los desenlaces varió entre 3 a 12 meses y no se observó diferentes resultados según diferentes seguimiento (mediante análisis por subgrupo)

\*\*\*Mejoría en salud mental se definió como dejar de cumplir criterios diagnósticos de trastorno mental o mejoría en alguna escala de sintomatología de salud mental.

\*\*\*\* La diferencia de medias estandarizada se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas y es difícil de interpretar clínicamente. Una regla general es que valores menores a 0,2 son de poca relevancia clínica, valores de 0,5 de relevancia moderada y 0,8 relevancia clínica importante.

<sup>1</sup> Se disminuyó dos nivel de certeza de evidencia, por alto riesgo de sesgo de sesgo de los ensayos, especialmente attrition bias y performance bias, excepto para adherencia donde el sesgo es menor debido a la mayor cantidad de estudios.

<sup>2</sup> Se disminuyó un nivel de certeza ya que la evidencia no proviene de estudios evaluando a menores de 15 años. Si bien no todos los estudios son de depresión, se decidió no disminuir adicionalmente la certeza por este factor, ya que los estudios de depresión constituyen la mayoría y no se observaron diferencias entre los estudios de depresión y otras patologías.

<sup>3</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión ya que cada extremo del intervalo de confianza conlleva una decisión diferente.

Fecha de elaboración de la tabla: Octubre, 2018.

## Referencias

1. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*. 2010;32(3):246-54.
2. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;9(9):CD007193.
3. Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *General hospital psychiatry*. 2000;22(2):84-96.
4. Arthur AJ, Jagger C, Lindsay J, Matthews RJ. Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2002;52(476):202-7.
5. Ceroni GB, Rucci P, Berardi D, Ceroni FB, Katon W. Case review vs. usual care in primary care patients with depression: a pilot study. *General hospital psychiatry*. 2002;24(2):71-80.
6. Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *General hospital psychiatry*. 2003;25(3):169-77.
7. Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2006;145(7):477-87.
8. Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical care*. 1992;30(1):67-76.
9. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Bush T, Ludman E. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *The Journal of clinical psychiatry*. 1997;58 Suppl 1:20-3.
10. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(12):1109-15.
11. Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2003;54(5):698-704.
12. Schrader G, Cheek F, Hordacre AL, Marker J, Wade V. Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalised cardiac patients: a randomised controlled trial. *The Medical journal of Australia*. 2005;182(6):272-6.
13. Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1999;161(1):37-40.
14. de Cruppé W, Hennch C, Buchholz C, Müller A, Eich W, Herzog W. Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system. *General hospital psychiatry*. 2005;27(1):63-72.
15. Drummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullan MJ. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. *Lancet (London, England)*. 1990;336(8720):915-8.

16. Jackson G, Gater R, Goldberg D, Tantam D, Loftus L, Taylor H. A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effect on service use in the first year. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 1993;162:375-84