

Pregunta 2: En población adulta, ¿se debería realizar tamizaje de episodio depresivo durante la consulta en primer nivel de atención?**Introducción:**

En el caso de estrategias de tamizaje para depresión en primer nivel de atención, no queda claro si implementar una estrategia de tamizaje se asocia realmente a una mejora en los síntomas depresivos (16). Ello ha generado que diversas GPC difieran en sus recomendaciones con respecto a este tema (17-19).

Desarrollo de las recomendaciones:

Durante agosto del 2018 se realizó una búsqueda sistemática de RS en Pubmed, en la cual se encontró una RS: la RS de Siu 2016 “US TaskForce” (17), la cual fue considerada para el cuerpo de evidencia de esta pregunta. Esta RS incluye cinco ECAs que abordan tamizaje en adultos, de los cuales solo uno comparó directamente el tamizaje versus el cuidado usual: el ECA de Williams 1999 (20).

Debido a que la RS de Siu 2016 “US TaskForce” realizó su búsqueda hasta el 2015, se realizó una búsqueda de actualización de ECA desde el 2015 en Pubmed, encontrando un solo ECA: el ECA de Silverstone 2017 (16).

El ECA de Silverstone 2017 evaluó el efecto de una estrategia de tamizaje en la disminución de síntomas depresivos y para ello comparó cuatro brazos: 1) control (no entrega de resultados a los pacientes), 2) tamizaje + cuidado habitual, 3) tamizaje + terapia cognitivo conductual virtual y 4) tamizaje + cuidado escalonado. Los síntomas depresivos fueron evaluados usando el instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Para evaluar el efecto aislado del tamizaje se consideró evaluar la comparación entre el brazo uno y dos. Este ECA no halló diferencias entre los puntajes de PHQ-9 a las 12 semanas de seguimiento entre el grupo control y el grupo que recibió tamizaje + cuidado habitual (n=91, DM: 0.59; IC 95%: -0.58 a 1.78) (16).

El ECA de Williams 1999 evaluó el efecto de un programa de tamizaje en el número de síntomas depresivos y la recuperación. Para ello comparó dos brazos: 1) control (cuidado habitual) y 2) tamizaje usando una pregunta o usando una encuesta de 20 preguntas. El número de síntomas depresivos fue evaluado de acuerdo a los criterios de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III* (DSM III), mientras que la recuperación se definió como la disminución a uno o menos síntomas del DSM III. No halló diferencias en la media de reducción del número de síntomas depresivos entre el grupo que recibió el tamizaje y el grupo control (n= 84, 1.6 vs 1.5 síntomas, p valor=0.21). Se halló que la probabilidad de alcanzar la recuperación en el grupo que recibió tamizaje fue estadísticamente similar en ambos grupos de comparación (n=97, riesgo relativo [RR]: 1.8; IC 95%: 0.08 a 3.60) (20).

El GEG consideró que los ECA evaluados no permiten establecer el beneficio de realizar tamizaje debido a que fueron realizados en muestras pequeñas, hubo pérdida de participantes durante el seguimiento y no se define claramente qué cuidados recibió el grupo control “cuidado usual”. Esto tiene importancia debido a que el grupo control en los ECAs podría tener mayor acceso a los servicios de salud, lo cual es diferente a nuestro contexto, donde el acceso de salud suele ser limitado. En base a ello, si no se realizara el tamizaje de episodio depresivo se podría perder la oportunidad de diagnosticar y tratar al paciente con prontitud y así evitar el progreso de la enfermedad, sobre todo en aquellos que pertenecen a grupos de riesgo. Por este motivo se optó por emitir una recomendación **a favor**.

El GEG consideró que la implementación de un programa de tamizaje podría generar ahorros a largo plazo ya que evitaría complicaciones de ciertas enfermedades crónicas y mejoraría el rendimiento laboral de los asegurados. Además, debido a que ya existen programas (control de la gestación, adulto mayor, y enfermedades crónicas) orientados a medidas de prevención y promoción de salud con indicadores como número de charlas o talleres, la implementación del tamizaje en estos programas sería factible y potencialmente evaluable. Por ello se decidió emitir una recomendación **fuerte**.

Justificación de las BPC:

El GEG consideró el beneficio potencial de una estrategia de tamizaje sería mayor en ciertos grupos prioritarios como: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, y mujeres en periodo de periparto (17). Además, consideró que se debería preferir utilizar el instrumento PHQ-9 para realizar el tamizaje debido a que este se utiliza habitualmente en la atención primaria de salud en nuestro contexto, ha sido validado en los grupos prioritarios mencionados y para países latinoamericanos como Perú y Chile (21, 22), mostrando un adecuado nivel de sensibilidad (88%) y especificidad (92%) en la validación Chilena. Debido a la facilidad de uso de este instrumento, se consideró que cualquier personal de salud que tenga la oportunidad de atender al paciente podrá usarlo para realizar el tamizaje de episodios depresivos.

El GEG consideró que luego de obtener un tamizaje positivo en el PHQ-9 (mayor o igual a 10 puntos) se debe confirmar el diagnóstico de episodio depresivo con otros criterios estandarizados, ya que a pesar de que PHQ-9 tiene un adecuado nivel de sensibilidad y especificidad (22), no está exento de clasificar erróneamente a una persona tamizada, lo que llevaría a un inadecuado uso de los limitados recursos disponibles en el primer nivel de atención.

Para ello, el GEG consideró importante mencionar que los criterios diagnósticos más utilizados en el ámbito clínico y de investigación son los del CIE-10 (23) y los de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V) (24), los cuales definen este trastorno como “episodio depresivo” (F32.0) y “depresión mayor”, respectivamente. Ambos sistemas tienen criterios similares y clasifican el episodio depresivo como leve, moderado o severo; según el número, severidad y tipo de síntomas que presente el paciente (**ver Tabla**).

Tabla. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo según CIE-10 y DSM-V.	
Criterios diagnósticos de episodio depresivo según CIE-10	Criterios diagnósticos de depresión menor/mayor según DSM-V
Debe cumplirse con I, II, III	Debe cumplirse con I, II, III
I) Duración del episodio es de al menos dos semanas	I) Duración del episodio es de al menos dos semanas
II) Deben estar presentes al menos dos de los síntomas característicos de depresión	II) Debe estar presente al menos uno de los síntomas característicos de depresión:
1. Estado de ánimo deprimido hasta un grado claramente anormal para el individuo la mayor parte del día, casi todos los días 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras 3. Disminución de energía o aumento de la fatigabilidad	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, reportado por uno mismo o por otros 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
III) Debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cuatro de los diez síntomas:	III) Debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cinco de los nueve síntomas:

<ol style="list-style-type: none"> 4. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima 5. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada 6. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida 7. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación 8. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) 9. Cualquier tipo de alteración del sueño 10. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Fatiga o pérdida de energía 4. Sentimientos excesivos inapropiados de culpa 5. Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas o actos suicidas 6. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse casi todos los días. 7. Agitación psicomotriz o retardo (observable por otros, no solo sentimiento subjetivo de enlentecimiento) 8. Insomnio o hipersomnio casi todos los días 9. Pérdida significativa de peso no debida a dieta o ganancia de peso y/o disminución o incremento del apetito casi todos los días
<p>CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición. DMS-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), quinta edición. Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23), Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) (24).</p>	

Debido a la necesidad de operacionalizar el diagnóstico de depresión y a que en nuestro contexto el registro de los diagnósticos se basa en los códigos del CIE-10, se optó por utilizar la definición de “episodio depresivo” leve, moderado o severo del CIE-10 (F32.0, F32.1, y F32.2, respectivamente) (23). Sin embargo, el lector debe tomar en consideración que la evidencia utilizada para la formulación de las recomendaciones en la presente GPC se basa en estudios que utilizan diversos criterios de inclusión basados en los criterios diagnósticos de alguno de estos sistemas.

También se consideró que posterior a la confirmación del episodio depresivo se debe realizar el descarte de depresión bipolar, una condición cuya prevalencia en pacientes con depresión tratados en la atención primaria es 17% (n = 3808, IC 95%: 12% a 22%) según una RS publicada en 2019 que meta-analizó 10 estudios observacionales (25). De no identificarla adecuadamente, la prescripción de monoterapia con antidepresivos puede triplicar el riesgo de síntomas maníacos según un estudio de cohorte de 3240 pacientes con depresión bipolar (ratio de hazards [HR]: 2.83, IC 95%: 1.12 a 7.29) (26). Por ello, considerar depresión bipolar si se sospecha de cualquiera de las siguientes situaciones:

- Ocurrencia de un episodio hipomaniaco pasado o presente cuyos síntomas estuvieron presentes por cuatro a más días (27). **(ver Tabla)**
- Ocurrencia de un episodio maniaco cuyos síntomas estuvieron presentes por una o más semanas (27). **(ver Tabla)**

En cualquiera de estos casos, referir a dicho paciente al psiquiatra para diagnóstico de la depresión bipolar y manejo.

Tabla. Definición de episodio de hipomanía y manía.	
Episodio de hipomanía	Episodio de manía
Elevación leve y persistente del ánimo en un grado claramente anormal para el individuo, aumento de la energía, y actividad en el cual el individuo se puede comportar con una familiaridad excesiva, un excesivo vigor sexual y disminución de la	Humor elevado sin relación con las circunstancias que puede variar a una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de un exceso de actividad y disminución de las necesidades de sueño. El individuo no puede

necesidad de sueño, pero sin llegar al extremo de interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social.	mantener la atención, la autoestima suele ser exagerada, con exceso de confianza, comportamiento temerario, imprudente o inapropiado a las circunstancias y al carácter del sujeto.
Fuente: Adaptado de CIE-10 (23).	

Finalmente, el GEG consideró que se debe definir la severidad del episodio depresivo utilizando el instrumento PHQ-9 y se diagnosticará episodio depresivo leve cuando el puntaje obtenido sea de 10 a 14, lo cual también es mencionado por otras GPC (28, 29). En contraste, se consideró que aquellos pacientes diagnosticados con episodio depresivo moderado o severo serán referidos para manejo por psiquiatra.