



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL TAMIZAJE Y EL MANEJO DEL EPISODIO
DEPRESIVO LEVE EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN**

GUÍA EN VERSIÓN CORTA

GPC N° 27

Octubre 2019

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Fiorella Molinelli Aristondo

Presidenta Ejecutiva, EsSalud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Patricia Pimentel Álvarez

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Víctor Javier Suárez Moreno

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Raúl Alonso Timaná Ruiz

Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Macciotta Felices Beatrice Milagros, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Morón Corales Carla Giuliana, Centro de Atención Primaria II Lurín, EsSalud
- Luna Matos Matilde Lena, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Gonzales Madrid Víctor Manuel, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Carbajal Dieguez Roberto Raúl, Centro de Atención Primaria III Huaycán, EsSalud
- Rodríguez Mori Edith, Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega”, EsSalud
- Melgarejo Moreno Amelia, Hospital II Ramón Castilla, EsSalud
- Zafra Tanaka Jessica Hanae, IETSI, EsSalud
- Goicochea Lugo Sergio André, IETSI, EsSalud
- Timaná Ruiz Raúl Alonso, IETSI, EsSalud

Revisor Clínico

Dr. Valle Rivadeneyra, Rubén Eliseo. Psiquiatra.

Centro de Investigación en Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada (DEIDAE) de Adultos y Adultos Mayores, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, Lima, Perú.

Revisor Metodológico

Dr. Fiestas Saldarriaga, Fabián Alejandro. Médico Epidemiólogo.

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, Seguro Social de Salud-EsSalud, Lima, Perú.

Dr. Taype Rondán, Álvaro Renzo. Médico Epidemiólogo.

Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

Revisor Externo

Dr. Galvez-Bucollini Abanto, Juan Antonio. Psiquiatra. Clínica Anglo Americana, British American Hospital S.A., Lima, Perú.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2019”

Agradecimientos

Agradecemos a las siguientes personas por su colaboración en la extracción de datos y evaluación de la calidad de los estudios primarios:

Mejía Santivañez, Jhonatan

Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.

Gonzales Salcedo, Albert

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, Seguro Social de Salud-EsSalud, Lima, Perú.

Reategui Sokolova, Cristina

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, Seguro Social de Salud-EsSalud, Lima, Perú.

Datos de contacto

Raúl Timaná Ruiz

Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de contenido

I. FINALIDAD..... 6

II. OBJETIVOS..... 6

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN..... 6

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR 6

V. CONSIDERACIONES GENERALES..... 7

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 7

 a. PREVENCIÓN DE EPISODIOS DEPRESIVOS..... 7

 Pregunta 1: En población adulta, ¿se deberían brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos?..... 7

 b. TAMIZAJE DE EPISODIO DEPRESIVO 8

 Pregunta 2: En población adulta, ¿se debería realizar tamizaje de episodio depresivo durante la consulta en el primer nivel de atención? 8

 c. MANEJO DEL EPISODIO DEPRESIVO LEVE 9

 Pregunta 3: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿qué terapia se debería brindar como manejo inicial: terapia farmacológica o psicoterapia?..... 9

 Pregunta 4: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, ¿qué psicoterapia se debería usar? 9

 Pregunta 5: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, ¿con qué antidepresivo se debería iniciar la terapia? 11

 Pregunta 6: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿se debería indicar realizar ejercicio físico? 12

 d. FLUJOGRAMAS DE MANEJO..... 14

VII. ANEXOS 16

 Anexo N° 1: Lista de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas 16

 Anexo N° 2: Desarrollo metodológico..... 20

 Anexo A: Instrumento de tamizaje de episodio depresivo - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)..... 29

VIII. REFERENCIAS 30

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL TAMIZAJE Y EL MANEJO DEL EPISODIO DEPRESIVO LEVE EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN
VERSIÓN CORTA**

I. FINALIDAD

- Contribuir a proporcionar un manejo integral de pacientes con episodio depresivo leve con el fin de prevenir el desarrollo, reducir la morbilidad y complicaciones de dicha patología.

II. OBJETIVOS

- Brindar recomendaciones basadas en evidencia para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en primer nivel de atención, con el fin de contribuir a reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta condición.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Población objetivo

- Pacientes adultos con episodio depresivo leve.
- No se incluyen pacientes con: episodio depresivo moderado, severo o depresión bipolar.

Usuarios de la GPC

La guía está dirigida al personal de salud médico y no médico, que participa en la atención multidisciplinaria del paciente con depresión leve.

Las recomendaciones serán aplicadas por médicos generales, médicos de familia, médicos residentes de las diversas especialidades, médicos gestores, personal de enfermería, psicología, obstetricia, odontología y personal técnico. Asimismo, podrá ser utilizada como referencia por estudiantes de profesiones relacionadas al ámbito de la salud y pacientes.

Ámbito asistencial

El ámbito asistencial incluye las actividades realizadas dentro del establecimiento de salud en el primer nivel de atención de EsSalud.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- a. Nombre y código de CIE-10
 - Episodio depresivo leve (F32.0)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

a. DEFINICIÓN

La depresión es un problema de salud pública que afecta a cerca de 300 millones de personas de todas las edades a nivel global y representa la causa más importante de discapacidad en el mundo (1). Según el departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 15% de los adultos en América tuvieron depresión alguna vez durante el año 2017 (2). En el Perú, las prevalencias de depresión en adultos durante los años 2002 al 2004 en Lima metropolitana, sierra y selva se estimaron en 18.2%, 16.2% y 21.4%, respectivamente (3-5) y al año 2015 se estimó una prevalencia de 14.3% en adultos mayores peruanos (6).

Es importante mencionar que 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) (7). 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.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

RECOMENDACIONES Y PUNTOS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EPISODIO DEPRESIVO LEVE

a. PREVENCIÓN DE EPISODIOS DEPRESIVOS

Pregunta 1: En población adulta, ¿se deberían brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos?

Recomendación:

1. En población adulta del primer nivel de atención, sugerimos brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos.

Recomendación a favor condicional

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

Puntos de buena práctica clínica:

1. Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa basadas en terapia cognitivo conductual como, por ejemplo: charlas sobre desarrollo de la inteligencia emocional, estrategias que faciliten la

resolución de problemas personales, actitudes que debe adoptar la persona para afrontar dichos problemas, entre otros.

2. Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa principalmente a grupos de riesgo: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, mujeres en periodo de parto, y a aquellos pacientes que tengan síntomas depresivos pero que no cumplan los criterios para episodio depresivo según CIE-10.

b. TAMIZAJE DE EPISODIO DEPRESIVO

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

Recomendación:

2. En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, recomendamos realizar tamizaje de episodio depresivo.

Recomendación a favor fuerte

Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)

Puntos de buena práctica clínica:

3. Los grupos prioritarios a considerar son: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, y mujeres en periodo de parto.
4. En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, utilizar el instrumento PHQ-9 para realizar el tamizaje de episodio depresivo. Considerar como positivo cuando se obtenga un puntaje mayor o igual a 10.
5. En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, cualquier personal de salud que tenga la oportunidad de atender al paciente podrá realizar el tamizaje de episodio depresivo.
6. En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención con tamizaje positivo, confirmar el episodio depresivo con los criterios CIE-10 según la normativa nacional vigente (ver tabla en el desarrollo de la pregunta 2).
7. En pacientes adultos con episodio depresivo confirmado, realizar el descarte de depresión bipolar. Considerar depresión bipolar si se sospecha de cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Ocurrencia de un episodio hipomaniaco (elevación leve y persistente del ánimo) pasado o presente cuyos síntomas estuvieron presentes por cuatro a más días.

- Ocurrencia de un episodio maníaco (humor elevado sin relación a las circunstancias, que puede variar a una excitación casi incontrolable) cuyos síntomas estuvieron presentes por una o más semanas.
8. En pacientes adultos con episodio depresivo confirmado en quienes se sospeche de depresión bipolar, referir al psiquiatra para diagnóstico y manejo.
 9. En pacientes adultos con episodio depresivo no bipolar, se definirá la severidad del episodio depresivo con el instrumento PHQ-9:
 - Puntaje de 10-14: episodio depresivo leve
 - Puntaje de 15-19: episodio depresivo moderado
 - Puntaje de 20-27: episodio depresivo severo
 10. En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo, referir al psiquiatra para manejo.

c. MANEJO DEL EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Pregunta 3: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿qué terapia se debería brindar como manejo inicial: terapia farmacológica o psicoterapia?

Recomendación:

3. En pacientes adultos con episodio depresivo leve, sugerimos brindar psicoterapia y/o farmacoterapia como manejo inicial teniendo en cuenta la existencia de alguna contraindicación para el uso de alguna de estas terapias, las preferencias del paciente y la disponibilidad de recursos humanos y logísticos.

Recomendación condicional para la elección de alguna de estas intervenciones

Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

Pregunta 4: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, ¿qué psicoterapia se debería usar?

Recomendaciones:

4. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, recomendamos prescribir terapia cognitivo conductual.

Recomendación a favor fuerte

Certeza de la evidencia: Moderada (⊕⊕⊕⊖)

5. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, sugerimos prescribir terapia de

resolución de problemas cuando no esté disponible la terapia cognitivo conductual.

Recomendación a favor condicional

Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

Puntos de buena práctica clínica:

11. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, considerar el uso de otras psicoterapias (activación conductual, terapia psicodinámica o terapia interpersonal), solo como un complemento de las terapias cognitivo conductual o terapia de resolución de problemas.
12. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en quienes se sospeche un entorno familiar disfuncional, considerar el uso de la terapia familiar para evitar el reforzamiento de los síntomas depresivos.
13. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, considerar la terapia grupal para fortalecer la red de apoyo de los pacientes.
14. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, la duración de la terapia será de 8 hasta 20 sesiones (con una frecuencia de una a dos veces por semana), y ampliar dicho periodo dependerá de las necesidades del paciente y del profesional de salud que la realice.
15. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, medir el puntaje de severidad basal de los síntomas con el instrumento PHQ-9 antes de iniciar la psicoterapia. Posteriormente, evaluar la respuesta a la terapia midiendo el cambio en el puntaje del PHQ-9, al menos en la sexta sesión de psicoterapia:
 - Respuesta a la terapia: disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas.
 - Respuesta parcial a la terapia: disminución entre el 20 a 49% en el puntaje basal de severidad de los síntomas
 - No respuesta a la terapia: disminución de 19% o menos en el puntaje basal de severidad de los síntomas
16. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia que hayan alcanzado respuesta a la terapia a partir de la sexta sesión, continuar el manejo hasta completar el número de sesiones planificado. De lo contrario, reformular el plan psicoterapéutico.
17. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, reevaluar la respuesta a la terapia entre la sesión 8 a 20. De haber alcanzado respuesta, evaluar remisión durante

las tres semanas posteriores al término de la psicoterapia. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).

18. En pacientes adultos con episodio depresivo leve, se definirá remisión en la siguiente situación:
- Ausencia de los síntomas característicos de depresión durante al menos tres semanas.
 - Pudiendo estar presentes hasta tres de los síntomas depresivos restantes (ver tabla en el desarrollo de la pregunta 2).
19. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia que hayan alcanzado remisión de los síntomas, dar de alta. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).

Pregunta 5: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, ¿con qué antidepresivo se debería iniciar la terapia?

Recomendación:

6. En pacientes con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, sugerimos iniciar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).

Recomendación a favor condicional

Calidad de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)

Puntos de buena práctica clínica:

20. En pacientes con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, no iniciar el tratamiento con clomipramina o amitriptilina dada su baja aceptabilidad y por requerir evaluación cardiológica previa a su uso dado el riesgo de complicaciones como infarto agudo de miocardio y arritmias.
21. En pacientes con episodio depresivo leve que no toleren los efectos adversos de la terapia con uno de los ISRS, prescribir otro ISRS u otro grupo de antidepresivos teniendo en cuenta las comorbilidades, preferencias del paciente, interacciones con otros fármacos y el perfil de adherencia al antidepresivo.
22. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, la duración de la terapia será de 8 hasta 12 semanas y ampliar dicho periodo dependerá de las necesidades del paciente y del profesional de salud que la realice.

23. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, medir el puntaje de severidad basal de los síntomas depresivos con el instrumento PHQ-9 antes de iniciar la terapia farmacológica. Posteriormente, evaluar la respuesta a la terapia al menos entre la cuarta a sexta semana de iniciado el manejo, usando el instrumento PHQ-9 (definición en BPC 15).
24. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica que hayan alcanzado respuesta a la terapia entre la cuarta y sexta semana de tratamiento, mantener la dosis del antidepresivo y continuar la terapia. De lo contrario, incrementar la dosis del antidepresivo y continuar la terapia.
25. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, reevaluar la respuesta a la terapia entre la octava y decimosegunda semana de iniciado el manejo. Si alcanzaron respuesta a la terapia entre la octava a decimosegunda semana de tratamiento, continuar brindando el antidepresivo a la misma dosis durante las siguientes tres semanas en las que se evalúa la remisión (definición en BPC 18). De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).
26. En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica que hayan alcanzado remisión de los síntomas, considerar continuar la farmacoterapia durante al menos seis meses, luego de lo cual reducir gradualmente la dosis del antidepresivo hasta el cese. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).

Pregunta 6: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿se debería indicar realizar ejercicio físico?

Recomendación:

7. En pacientes adultos con episodio depresivo leve, recomendamos indicar la realización de ejercicio físico.

Recomendación a favor fuerte

Certeza de la evidencia: Moderada (⊕⊕⊕⊖)

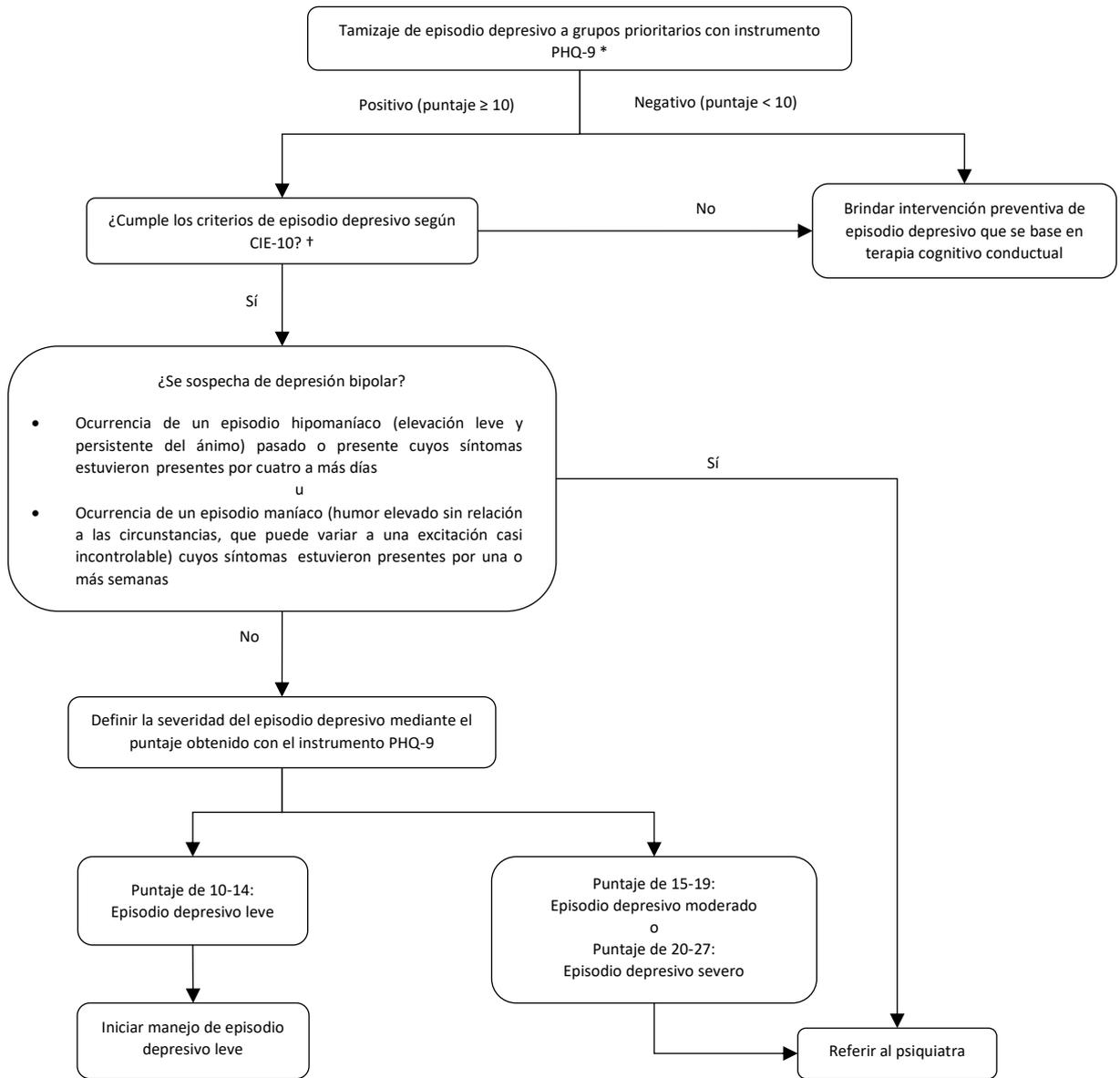
Puntos de buena práctica clínica:

27. En pacientes con episodio depresivo leve, prescribir ejercicios como caminar, trotar o correr durante 30 minutos, tres veces por semana, de acuerdo con la condición física de cada paciente.

28. En pacientes con episodio depresivo leve, la actividad física se prescribirá como un complemento de la terapia farmacológica o psicoterapia.

d. FLUJOGRAMAS DE MANEJO

Flujograma de tamizaje y diagnóstico del episodio depresivo leve

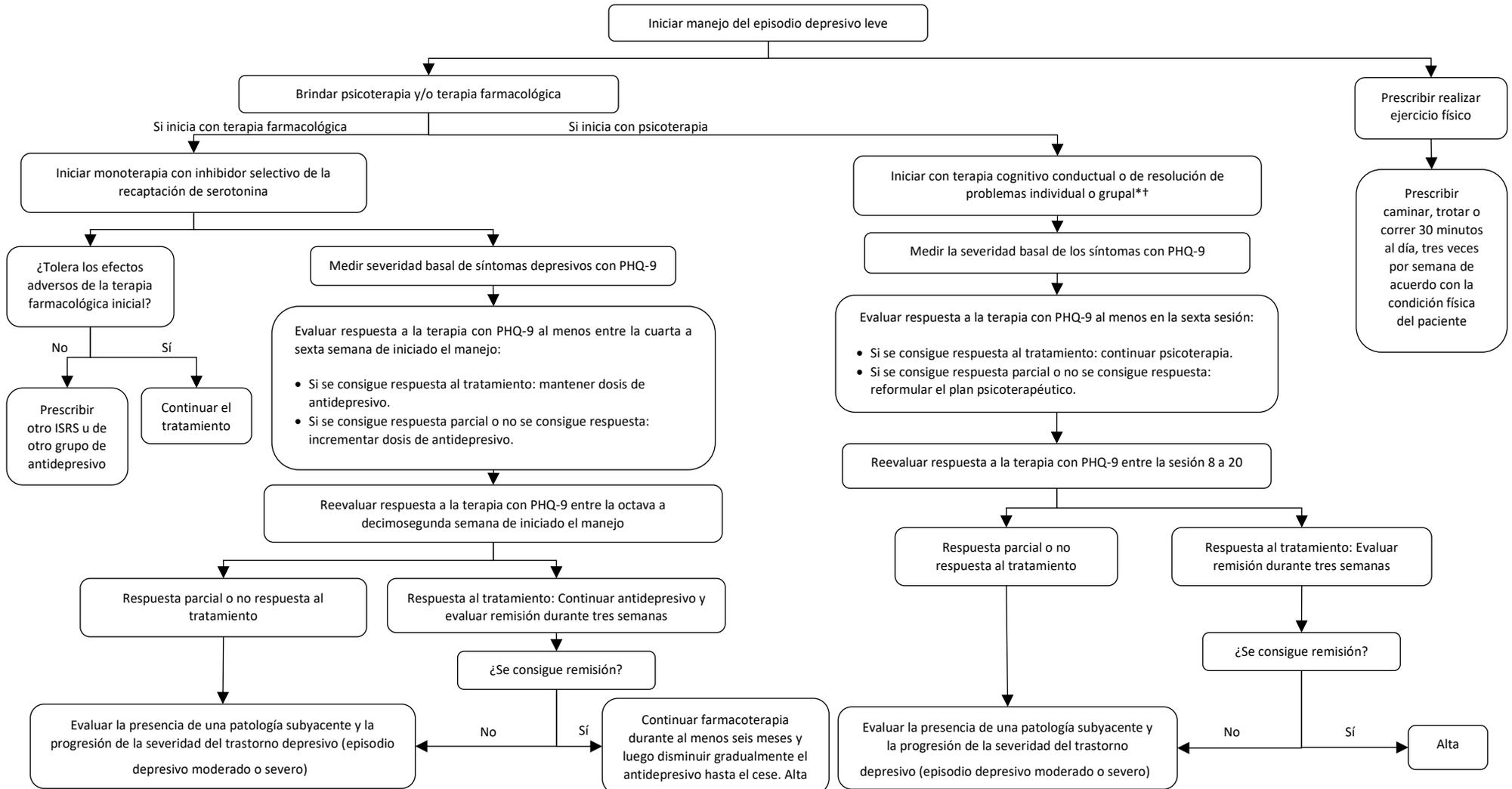


CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9.

* Los grupos prioritarios a considerar son: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, y mujeres en periodo de periparto

† La tabla de criterios diagnósticos de episodio depresivo según CIE-10 se encuentra en el desarrollo de la pregunta 2.

Flujograma de manejo del episodio depresivo leve



PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; **Respuesta al tratamiento:** disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas; **Respuesta parcial:** disminución entre el 20 a 30% en el puntaje basal de severidad de los síntomas; **No respuesta al tratamiento:** puntaje basal constante o disminución de hasta 10%; **Remisión:** ausencia de los dos síntomas característicos de depresión durante al menos tres semanas (estado de ánimo deprimido, disminución de interés o placer en realizar actividades que le eran placenteras) pudiendo estar presentes hasta tres de los síntomas depresivos restantes según CIE-10.

*Considerar el uso de otras psicoterapias (activación conductual, terapia psicodinámica o terapia interpersonal), solo como un complemento de las terapias cognitivo conductual o terapia de resolución de problemas.

† Ante la sospecha de un entorno familiar disfuncional, considerar el uso de terapia familiar.

VII. ANEXOS

Anexo N° 1: Lista de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas

N°*	Enunciado	Tipo **	Certeza ***
Prevención de episodios depresivos			
Pregunta 1: En población adulta, ¿se deberían brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos?			
R 01	En población adulta del primer nivel de atención, sugerimos brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos.	Recomendación a favor condicional	Baja (⊕⊕⊖⊖)
BPC 01	Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa basadas en terapia cognitivo conductual como, por ejemplo: charlas sobre desarrollo de la inteligencia emocional, estrategias que faciliten la resolución de problemas personales, actitudes que debe adoptar la persona para afrontar dichos problemas, entre otros.	BPC	
BPC 02	Brindar intervenciones preventivas de tipo psicológica y educativa principalmente a grupos de riesgo: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, mujeres en periodo de parto, y a aquellos pacientes que tengan síntomas depresivos pero que no cumplan los criterios para episodio depresivo según CIE-10.	BPC	
Tamizaje de episodio depresivo			
Pregunta 2: En población adulta, ¿se debería realizar tamizaje de episodio depresivo durante la consulta en el primer nivel de atención?			
R 02	En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, recomendamos realizar tamizaje de episodio depresivo.	Recomendación a favor fuerte	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
BPC 03	Los grupos prioritarios a considerar son: adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, y mujeres en periodo de parto.	BPC	
BPC 04	En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, utilizar el instrumento PHQ-9 para realizar el tamizaje de episodio depresivo. Considerar como positivo cuando se obtenga un puntaje mayor o igual a 10.	BPC	
BPC 05	En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención, cualquier personal de salud que tenga la oportunidad de atender al paciente podrá realizar el tamizaje de episodio depresivo.	BPC	
BPC 06	En grupos prioritarios que acuden a consulta en el primer nivel de atención con tamizaje positivo, confirmar el episodio depresivo con los criterios CIE-10 según la normativa nacional vigente (ver tabla en el desarrollo de la pregunta 2).	BPC	
BPC 07	En pacientes adultos con episodio depresivo confirmado, realizar el descarte de depresión bipolar. Considerar depresión bipolar si se sospecha de cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Ocurrencia de un episodio hipomaniaco (elevación leve y persistente del ánimo) pasado o presente cuyos síntomas estuvieron presentes por cuatro a más días. • Ocurrencia de un episodio maniaco (humor elevado sin relación a las circunstancias, que puede variar a una excitación casi incontrolable) cuyos síntomas estuvieron presentes por una o más semanas. 	BPC	
BPC 08	En pacientes adultos con episodio depresivo confirmado en quienes se sospeche de depresión bipolar, referir al psiquiatra para diagnóstico y manejo.	BPC	
BPC 09	En pacientes adultos con episodio depresivo no bipolar, se definirá la severidad del episodio depresivo con el instrumento PHQ-9: <ul style="list-style-type: none"> • Puntaje de 10-14: episodio depresivo leve 	BPC	

	<ul style="list-style-type: none"> • Puntaje de 15-19: episodio depresivo moderado • Puntaje de 20-27: episodio depresivo severo 		
BPC 10	En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo, referir al psiquiatra para manejo.	BPC	
Manejo del episodio depresivo leve			
Pregunta 3: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿qué terapia se debería brindar como manejo inicial: terapia farmacológica o psicoterapia?			
R 03	En pacientes adultos con episodio depresivo leve, sugerimos brindar psicoterapia y/o farmacoterapia como manejo inicial teniendo en cuenta la existencia de alguna contraindicación para el uso de alguna de estas terapias, las preferencias del paciente y la disponibilidad de recursos humanos y logísticos.	Recomendación condicional para la elección de alguna de estas intervenciones†	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
Pregunta 4: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, ¿qué psicoterapia se debería usar?			
R 04	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, recomendamos prescribir terapia cognitivo conductual.	Recomendación a favor fuerte	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
R 05	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, sugerimos prescribir terapia de resolución de problemas cuando no esté disponible la terapia cognitivo conductual.	Recomendación a favor condicional	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
BPC 11	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, considerar el uso de otras psicoterapias (activación conductual, terapia psicodinámica o terapia interpersonal), solo como un complemento de las terapias cognitivo conductual o terapia de resolución de problemas.	BPC	
BPC 12	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en quienes se sospeche un entorno familiar disfuncional, considerar el uso de la terapia familiar para evitar el reforzamiento de los síntomas depresivos.	BPC	
BPC 13	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, considerar la terapia grupal para fortalecer la red de apoyo de los pacientes.	BPC	
BPC 14	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, la duración de la terapia será de 8 hasta 20 sesiones (con una frecuencia de una a dos veces por semana), y ampliar dicho periodo dependerá de las necesidades del paciente y del profesional de salud que la realice.	BPC	
BPC 15	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, medir el puntaje de severidad basal de los síntomas con el instrumento PHQ-9 antes de iniciar la psicoterapia. Posteriormente, evaluar la respuesta a la terapia midiendo el cambio en el puntaje del PHQ-9, al menos en la sexta sesión de psicoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a la terapia: disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas. • Respuesta parcial a la terapia: disminución entre el 20 a 49% en el puntaje basal de severidad de los síntomas. • No respuesta a la terapia: disminución de 19% o menos en el puntaje basal de severidad de los síntomas. 	BPC	
BPC 16	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia que hayan alcanzado respuesta a la terapia a partir de la sexta sesión, continuar el manejo hasta completar el número de sesiones planificado. De lo contrario, reformular el plan psicoterapéutico.	BPC	

BPC 17	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, reevaluar la respuesta a la terapia entre la sesión 8 a 20. De haber alcanzado respuesta, evaluar remisión durante las tres semanas posteriores al término de la psicoterapia. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).	BPC	
BPC 18	En pacientes adultos con episodio depresivo leve, se definirá remisión en la siguiente situación: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de los síntomas característicos de depresión durante al menos tres semanas. • Pudiendo estar presentes hasta tres de los síntomas depresivos restantes (ver tabla en el desarrollo de la pregunta 2). 	BPC	
BPC 19	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia que hayan alcanzado remisión de los síntomas, dar de alta. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).	BPC	
Pregunta 5: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, ¿con qué antidepresivo se debería iniciar la terapia?			
R 06	En pacientes con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, sugerimos iniciar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).	Recomendación a favor condicional	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
BPC 20	En pacientes con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, no iniciar el tratamiento con clomipramina o amitriptilina dada su baja aceptabilidad y por requerir evaluación cardiológica previa a su uso dado el riesgo de complicaciones como infarto agudo de miocardio y arritmias.	BPC	
BPC 21	En pacientes con episodio depresivo leve que no toleren los efectos adversos de la terapia con uno de los ISRS, prescribir otro ISRS u otro grupo de antidepresivos teniendo en cuenta las comorbilidades, preferencias del paciente, interacciones con otros fármacos y el perfil de adherencia al antidepresivo.	BPC	
BPC 22	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, la duración de la terapia será de 8 hasta 12 semanas y ampliar dicho periodo dependerá de las necesidades del paciente y del profesional de salud que la realice.	BPC	
BPC 23	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, medir el puntaje de severidad basal de los síntomas depresivos con el instrumento PHQ-9 antes de iniciar la terapia farmacológica. Posteriormente, evaluar la respuesta a la terapia al menos entre la cuarta a sexta semana de iniciado el manejo, usando el instrumento PHQ-9 (definición en BPC 15).	BPC	
BPC 24	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica que hayan alcanzado respuesta a la terapia entre la cuarta y sexta semana de tratamiento, mantener la dosis del antidepresivo y continuar la terapia. De lo contrario, incrementar la dosis del antidepresivo y continuar la terapia.	BPC	
BPC 25	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, reevaluar la respuesta a la terapia entre la octava y decimosegunda semana de iniciado el manejo. Si alcanzaron respuesta a la terapia entre la octava	BPC	

	a decimosegunda semana de tratamiento, continuar brindando el antidepresivo a la misma dosis durante las siguientes tres semanas en las que se evalúa la remisión (definición en BPC 18). De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).		
BPC 26	En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica que hayan alcanzado remisión de los síntomas, considerar continuar la farmacoterapia durante al menos seis meses, luego de lo cual reducir gradualmente la dosis del antidepresivo hasta el cese. De lo contrario, evaluar la presencia de una patología subyacente y la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo).	BPC	
Pregunta 6: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿se debería indicar realizar ejercicio físico?			
R 07	En pacientes adultos con episodio depresivo leve, recomendamos indicar la realización de ejercicio físico.	Recomendación a favor fuerte	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
BPC 27	En pacientes con episodio depresivo leve, prescribir ejercicios como caminar, trotar o correr durante 30 minutos, tres veces por semana, de acuerdo con la condición física de cada paciente.	BPC	
BPC 28	En pacientes con episodio depresivo leve, la actividad física se prescribirá como un complemento de la terapia farmacológica o psicoterapia.	BPC	

* Número de recomendación (R) y de punto de buena práctica clínica (BPC)

** Punto de buena práctica clínica (BPC)

*** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC

† Se aclara que el paciente debe recibir alguna de estas intervenciones. El término “condicional” se refiere a la certeza de evidencia del resultado de comparar terapia farmacológica versus psicoterapia.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9; **ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

Anexo N° 2: Desarrollo metodológico

El desarrollo metodológico, así como todos puntos señalados en el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, aprobado con Resolución Ministerial 141-2015-MINSA Julio 2015 se encuentran en la Versión en Extenso y sus anexos de esta GPC. Para revisar estos documentos dirigirse a la siguiente dirección:

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html

Tabla N° 1: Roles de los miembros del grupo elaborador de la GPC (GEG)

Nombre	Institución	Rol o profesión	Funciones
Macciotta Felices Beatrice Milagros	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Líder de la guía Especialista Clínico – médico psiquiatra	Formulación de preguntas clínicas y preguntas PICO de la GPC. Por cada pregunta PICO: revisión de la evidencia, evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las potenciales recomendaciones, formulación de recomendaciones finales, y revisión de los borradores de la GPC.
Morón Corales Carla Giuliana	Centro de Atención Primaria II Lurín	Líder de la guía Especialista Clínico – médico de familia	
Luna Matos Matilde Lena	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	Especialista Clínico – médico psiquiatra	
Gonzales Madrid Víctor Manuel	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	Especialista Clínico – médico psiquiatra	
Carbajal Dieguez Roberto Raúl	Centro de Atención Primaria III Huaycán	Especialista Clínico – médico de familia	
Rodriguez Mori Edith	Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega”	Licenciada en Psicología	
Melgarejo Moreno Amelia	Hospital II Ramón Castilla	Licenciada en Psicología	
Zafra Tanaka Jessica Hanae	IETSI, EsSalud	Metodólogo	Por cada pregunta PICO: búsqueda, selección, evaluación de riesgo de sesgo, síntesis y determinación de certeza de la evidencia. Guía durante la realización de los marcos de la evidencia a la decisión. Redacción de las versiones finales de la GPC.
Goicochea Lugo Sergio André	IETSI, EsSalud	Metodólogo	
Timaná Ruiz Raúl Alonso	IETSI, EsSalud	Coordinador del Grupo Elaborador	Planificación del desarrollo de la GPC.

a. Conformación del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica

La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, EsSalud, conformó el Grupo Elaborador de la GPC (GEG) mediante invitaciones a expertos en la metodología de elaboración de GPC y expertos clínicos con experiencia en trastornos depresivos. El GEG quedó conformado por los siguientes miembros:

- Expertos de EsSalud
- Expertos metodólogos
- Profesionales del IETSI

b. Declaración de conflictos de intereses

Los miembros del GEG firmaron una declaración de conflictos de intereses. Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

c. Formulación de las preguntas clínicas

Se elaboraron preguntas PICO (Población, Intervención, Comparador, Desenlace) conjuntamente con los expertos clínicos.

El GEG desarrolló 6 preguntas clínicas:

Preguntas clínicas para la GPC

Tema	Preguntas clínicas
Prevención de episodios depresivos	Pregunta 1: En población adulta, ¿se deberían brindar intervenciones para prevenir el desarrollo de episodios depresivos?
Tamizaje de episodio depresivo	Pregunta 2: En población adulta, ¿se debería realizar tamizaje de episodio depresivo durante la consulta en el primer nivel de atención?
Manejo del episodio depresivo leve	Pregunta 3: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿qué terapia se debería brindar como manejo inicial: terapia farmacológica o psicoterapia?
	Pregunta 4: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, ¿qué psicoterapia se debería usar?
	Pregunta 5: En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con terapia farmacológica, ¿con qué antidepresivo se debería iniciar la terapia?
	Pregunta 6: En pacientes adultos con episodio depresivo leve, ¿se debería indicar realizar ejercicio físico?

Para profundizar en la estructura de las preguntas clínicas en formato PICO, ver la versión en extenso de la guía.

d. Identificación de desenlaces

Mediante la revisión de la literatura y reuniones con el panel de expertos clínicos, se elaboró una lista de desenlaces por pregunta clínica PICO.

Para profundizar en la calificación de los desenlaces, ver la versión en extenso de la guía.

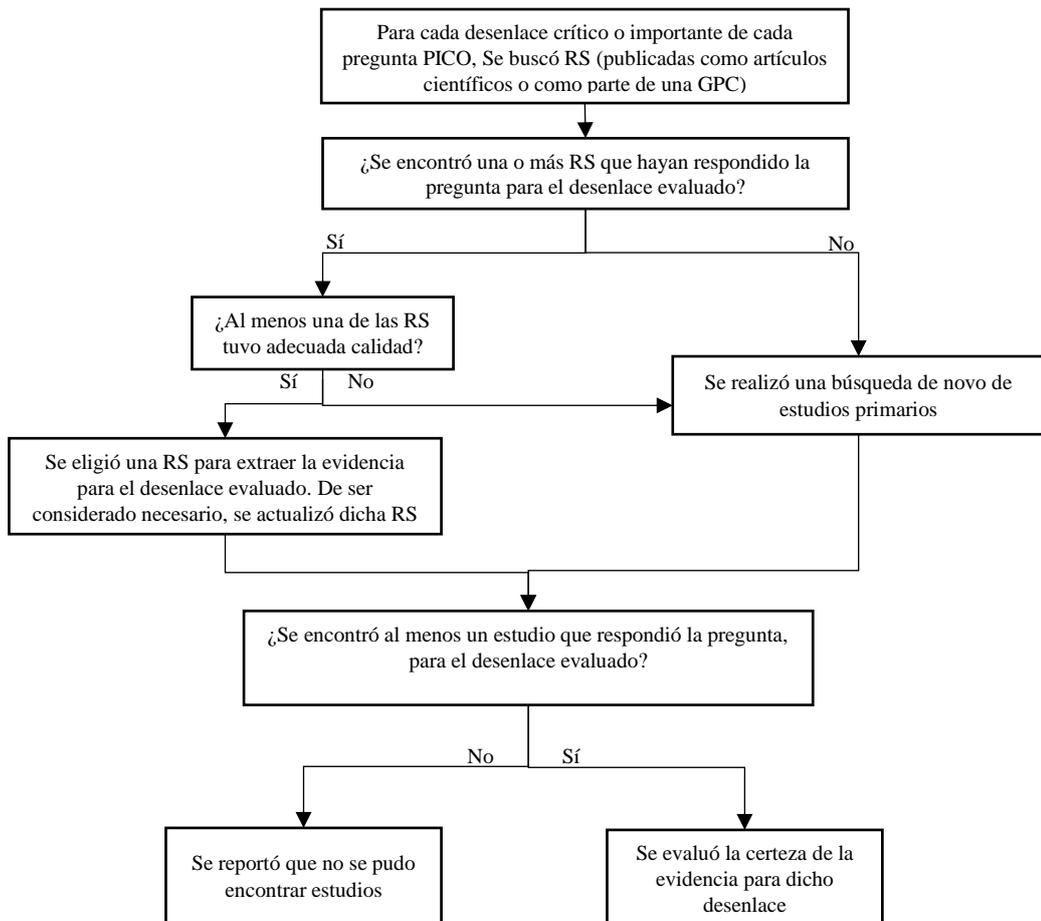
e. Búsqueda de la evidencia

Para cada pregunta PICO (en base a sus desenlaces críticos o importantes), se realizó la búsqueda y selección de la evidencia, siguiendo los siguientes pasos:

- Se buscaron revisiones sistemáticas (RS) publicadas como artículos científicos o realizadas como parte de una GPC.
- Cuando no se encontró ninguna RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se realizó una búsqueda de novo de estudios primarios.
- Cuando se encontraron RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se escogió una RS, la cual pudo o no ser actualizada de acuerdo a criterio del GEG.

Este proceso se muestra en la **Figura N° 1**.

Figura N° 1: Flujograma de selección de la evidencia para la formulación de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas



Para profundizar en la búsqueda de evidencia, ver la versión en extenso de la guía.

i. Búsqueda y selección de RS publicadas dentro de las GPC:

Se realizó una búsqueda sistemática con el objetivo de recolectar GPC publicadas durante los últimos 5 años (periodo 2014-2018), que hayan realizado RS y respondan alguna de las preguntas planteadas para la GPC. Esta búsqueda se realizó en diversas bases de datos, durante mayo del 2018.

En el **Anexo N° 2** de la versión en extenso se exponen las bases de datos y las estrategias de búsqueda utilizadas, así como el número de resultados obtenidos en cada base de datos y la lista de GPC recolectadas.

Se encontraron 11 GPC que abordaron el ámbito de la presente GPC, de las cuales las 11 GPC cumplieron con realizar RS para responder al menos una de las preguntas establecidas para la GPC. Esta RS debía cumplir con las siguientes características:

- Especificar en qué bases de datos se realizó la búsqueda
- Especificar los términos de búsqueda utilizados
- Especificar los criterios de inclusión de los estudios encontrados
- Fue posible identificar todos los estudios incluidos

Listado de GPC encontradas

Institución o autor	Título	País o región	Año
National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	The treatment and Management of depression in adults (updated edition)	Reino Unido	2018
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders	Australia y Nueva Zelanda	2018
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder	Canadá	2016
US Preventive Services Task Force Recommendation Statement (USTF)	Screening for Depression in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement	Estados Unidos de América	2016
Management of Major Depressive Disorder Working Group (VADoD)	VA/DoD Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder	Estados Unidos de América	2016
American College of Physicians (ACP)	Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients with Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians.	Estados Unidos de América	2016
Depression Guideline Development Group World Health Organization (Acupuntura)	Clinical Practice Guidelines for Using Acupuncture to Treat Depression	China	2015
British Association for Psychopharmacology (BAP)	Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines	Reino Unido	2015
Korean Guideline Development Team for Depression (Korea)	Evidence-Based, Non-Pharmacological Treatment Guideline for Depression in Korea	República de Korea	2014
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (GuiaSalud)	Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto	España	2014
American Psychiatric Association (APA)	Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder	Estados Unidos de América	2010*

* GPC reafirmada en 2015

Seguidamente, dos metodólogos procedieron a evaluar las GPC preseleccionadas en forma independiente utilizando el instrumento AGREE-II (<http://www.agreertrust.org/agree-ii/>) (8). Se discutió los ítems de AGREE-II con diferencias mayores a 2 puntos para llegar a un consenso, y un tercer metodólogo participó cuando no hubiese acuerdo. Se seleccionó aquellas GPC con un puntaje mayor de 60% en el dominio 3 (rigor metodológico), punto de corte propuesto por el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (9).

ii. Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos:

Para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG, se realizó una búsqueda sistemática de RS que respondan la pregunta y que hayan sido publicadas como artículos científicos. Esta búsqueda fue realizada en la base de datos PubMed. Posteriormente, se escogieron aquellas RS que hayan cumplido con los criterios de inclusión de cada pregunta PICO. Los términos de búsqueda y las listas de RS incluidas y excluidas para cada pregunta PICO se muestran en el **Anexo N° 3**.

iii. Selección de la evidencia para la toma de decisiones para cada pregunta:

Para cada pregunta PICO, se listaron las RS encontradas que hayan respondido dicha pregunta (ya sea RS realizadas por alguna GPC, o RS publicadas como artículos científicos). En la medida de lo posible, se prefirió aquellas RS que hayan recolectado ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Para cada desenlace crítico o importante, cuando no se encontraron RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se realizó una búsqueda sistemática *de novo* de estudios primarios en PubMed. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados en estas búsquedas *de novo* se detallan en el **Anexo N° 3**.

Cuando para un desenlace se encontró al menos una RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se procedió a seleccionar una RS, que idealmente fue aquella que tuvo: la más alta calidad evaluada con la herramienta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews-II* (AMSTAR-II) (10), la más reciente fecha en la que realizó su búsqueda bibliográfica, y el mayor número de estudios encontrados.

Una vez seleccionada una RS, el GEG decidió si era pertinente actualizar dicha RS, considerando para ello:

- El tiempo que ha transcurrido desde la búsqueda realizada por la RS y la velocidad de producción científica de estudios en el tema (2 años en aquellos temas en los que la producción científica es abundante, 5 años en aquellos temas en los que la producción científica es limitada).
- La actualidad de la pregunta (pues para algunas preguntas ya no se realizan estudios).
- La precisión o calidad de los resultados de la RS (optando por actualizar aquellas RS cuyos estimados globales fueron poco precisos o tuvieran una baja calidad de la evidencia).

Cuando se decidió que era pertinente actualizar alguna RS, se realizó una búsqueda sistemática de estudios primarios en PubMed, desde la fecha en la que la RS realizó su búsqueda. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados de las actualizaciones realizadas para cada pregunta se detallan en el **Anexo N° 3**.

Una vez que se definió la evidencia a usar para el desenlace en cuestión, para la toma de decisiones, se realizó lo siguiente:

- Si la RS seleccionada realizó un meta-análisis (MA), que a consideración del GEG haya sido correctamente realizado, se usó dicho MA.
- Si la RS seleccionada no realizó un MA o realizó un MA que a consideración del GEG no haya sido correctamente realizado, o si no se encontró una RS y se realizó una búsqueda de estudios primarios, se realizó un MA siempre que sea considerado útil y siempre que sea posible realizarlo con los datos recolectados. Para ello, se prefirió usar modelos aleatorios, debido a la heterogeneidad de los estudios.
- Si no se encontró ni se pudo realizar un MA, se consideró el o los estudios más representativos para la toma de decisiones. Cuando solo se contó con un estudio, se consideró dicho estudio para la toma de decisiones.

f. Evaluación del riesgo de sesgo y de la calidad de la evidencia.

i. Evaluación de riesgo de sesgo

Para cada uno de los estudios primarios seleccionados, el GEG determinó si era necesario realizar la evaluación de riesgo de sesgo. Esta evaluación fue por lo general realizada cuando la RS seleccionada no realizó la evaluación de los estudios que incluyó, o cuando la RS seleccionada realizó dicha evaluación pero ésta no fue de calidad o fue hecha para varios desenlaces y esperablemente el resultado de la evaluación cambiaría al enfocarnos en el desenlace que se estuviera evaluando (por ejemplo, el riesgo de sesgo por no realizar el cegamiento de los evaluadores sería diferente para el desenlace “dolor” que para el desenlace “muerte”).

Las evaluaciones realizadas para identificar el riesgo de sesgo de los estudios primarios se muestran en el **Anexo N° 4**.

Las herramientas usadas para evaluar el riesgo de sesgo fueron:

- Los ECA fueron evaluados usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane (11).

ii. Evaluación de la certeza de la evidencia

Para evaluar la calidad de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). La calidad de la evidencia según esta metodología se basa en 9 aspectos: tipo de estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, relación dosis-respuesta, y efecto de confusores (los tres últimos aspectos son evaluados en estudios observacionales) (12). Finalmente, la calidad para cada desenlace evaluado pudo ser alta, moderada, baja, y muy baja.

Significado de fuerza y dirección de las recomendaciones

Calidad de la evidencia	Significado
Alta (⊕ ⊕ ⊕ ⊕)	Es muy probable que el verdadero efecto sea similar al efecto estimado.
Moderada (⊕ ⊕ ⊕ ○)	Es probable que futuros estudios tengan un impacto importante en nuestra confianza en el estimado del efecto, y es posible que cambien el estimado.
Baja (⊕ ⊕ ○ ○)	Es muy probable que futuros estudios tengan un impacto importante en nuestra confianza en el estimado del efecto, y es probable que cambien el estimado.
Muy baja (⊕ ○ ○ ○)	El estimado del efecto no es certero

Para resumir la evaluación de la certeza de la evidencia, se usaron tablas de *Summary of Findings* para cada pregunta PICO (**Anexo N° 5**). Para aquellos desenlaces para los cuales no se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE previa (publicada en la RS o GPC seleccionada para dicha pregunta PICO), se elaboraron estas tablas. De lo contrario, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se sospechó que la tabla previa no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

En cada pregunta PICO, luego de asignar el nivel de certeza de la evidencia para todos sus desenlaces de interés, se le asignó a la pregunta PICO el nivel de certeza más bajo alcanzado por alguno de estos desenlaces.

g. Formulación de las recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas.

Para la formulación de las recomendaciones y puntos de buena práctica clínica (BPC), el GEG realizó reuniones periódicas, en las cuales los metodólogos presentaron la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas, en base a la cual los especialistas clínicos determinaron las recomendaciones. Cuando no se alcanzó consenso para alguna recomendación, se procedió a realizar una votación y llegar a una decisión por mayoría simple.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología *Evidence to Decision* (EtD) (13, 14) que valora: beneficios, daños, certeza, valoración de los desenlaces, uso de recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad; para las intervenciones u opciones a ser evaluadas. Las tablas que resumen el marco EtD para cada pregunta se muestran en el **Anexo N° 5** Para la presente GPC, el GEG consideró que no era imperativo realizar búsquedas sistemáticas de costos, de valores y preferencias de los pacientes, ni de factibilidad de implementación.

Teniendo todo esto en cuenta, se estableció la dirección (a favor o en contra) y la fuerza (fuerte o condicional) de cada recomendación (15).

Significado de fuerza y dirección de las recomendaciones

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerza de la recomendación:	
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación fuerte 	El GEG cree que todos o casi todos los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación. En la formulación de la recomendación se usa el término “se recomienda”.
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación condicional 	El GEG cree que la mayoría de los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación, pero un grupo de profesionales no la seguiría. En la formulación de la recomendación se usa el término “se sugiere”.
Dirección de la recomendación:	
<ul style="list-style-type: none"> A favor 	Se recomienda a favor de realizar cierta acción.
<ul style="list-style-type: none"> En contra 	Se recomienda en contra de realizar cierta acción.

Finalmente, se establecieron puntos de BPC (enunciados que el GEG emite estos puntos en base a su experiencia clínica), notas de implementación (NI) (enunciados que en opinión del GEG deberían ser tomados en cuenta por la institución para ser desarrollados en nuestro contexto) y se diseñó el flujograma que resume las principales recomendaciones de la GPC.

Para las preguntas que, en opinión del GEG, no pudieron ser contestadas con la evidencia actual (debido a que la pregunta no podía responderse en base a evidencias, a que el contexto local para esta pregunta era tan particular que la evidencia disponible no sería útil, o a otros motivos), no se formularon recomendaciones sino puntos de BPC.

h. Validación de la Guía de Práctica Clínica.

Se realizó una reunión con un grupo de especialistas clínicos en la condición a tratar, con quienes se revisó y discutió las recomendaciones, los puntos de BPC, y el flujograma de la GPC. Seguidamente, se realizó la técnica Delphi para que los especialistas puedan evaluar qué tan adecuada fue cada una de las recomendaciones y puntos de BPC. Las observaciones y los puntajes obtenidos fueron tomados en cuenta para realizar cambios en la formulación o presentación de las recomendaciones y puntos de BPC (la lista de los asistentes a la reunión de validación se muestra en el **Anexo N°01** de la versión extensa).

Se realizó una reunión con tomadores de decisiones de EsSalud, con quienes se revisó y discutió las recomendaciones, los puntos de BPC, y el flujograma de la GPC; con especial énfasis en la su aceptabilidad y aplicabilidad para el contexto de EsSalud. Las observaciones brindadas fueron tomadas en cuenta para realizar cambios en la formulación o presentación de las recomendaciones y puntos de BPC (la lista de los asistentes a la reunión de validación se muestra en el **Anexo N°01** de la versión extensa).

Se realizó una reunión con personas que han sido sometidas a reemplazo valvular, con quienes se revisó y discutió las recomendaciones, los puntos de BPC, y el flujograma de

la GPC. Se recogieron las observaciones de los pacientes, que fueron tomadas en cuenta para realizar cambios en la formulación o presentación de las recomendaciones y puntos de BPC (la lista de los asistentes a la reunión de validación se muestra en el **Anexo N°01** de la versión extensa).

i. Revisión externa

El GEG decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando al siguiente experto:

Dr. Juan Antonio Galvez-Bucollini Abanto, médico especialista en psiquiatría, Clínica Anglo Americana, British American Hospital S.A., Lima, Perú.

j. Actualización de la Guía

La presente Guía tiene una vigencia de tres años. Al acercarse el fin de ese período, se procederá a una revisión de la literatura, luego de la cual se decidirá sobre su actualización de acuerdo a la información nueva que se encuentre.

**Anexo A: Instrumento de tamizaje de episodio depresivo - Patient Health
Questionnaire-9 (PHQ-9)**

Instrumento de tamizaje de episodio depresivo: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)				
A. Datos del paciente				
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente: 				
<ul style="list-style-type: none"> • Número de historia clínica: 				
<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de atención: 				
B. Tamizaje del episodio depresivo				
Durante los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Marque con una "X")	Nunca	Varios días (1 a 6 días)	Más de la mitad de los días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía sin motivo que lo justifique				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir mal acerca de sí mismo(a) o sentir que es un(a) fracasado(a) o que se ha fallado a sí mismo o a su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en las cosas que hace como leer el periódico o mirar televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir				
C. Sumatoria de puntajes				
Sumatoria de puntajes				
D. Resultado del tamizaje				
<ul style="list-style-type: none"> • Sumatoria de puntajes de las columnas ≥ 10 puntos: Tamizaje positivo para episodio depresivo. • Sumatoria de puntajes de las columnas < 10 puntos: Tamizaje negativo para episodio depresivo. 				

VIII. REFERENCIAS

1. WHO. Fact sheets: Depression: World Health Organization; 2018 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>].
2. Marcus M, Yasamy MT, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: A global public health concern. 2012.
3. Mental IEdS. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Anales de Salud Mental. 2002;XVIII.
4. Mental IEdS. Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Anales de Salud Mental. 2003;XIX.
5. Mental IEdS. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Anales de Salud Mental. 2005;XXI.
6. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J, editors. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. Anales de la Facultad de Medicina; 2017: UNMSM. Facultad de Medicina.
7. World Health Organization. ICD-10, international statistical classification of diseases and related Health problems. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2010. 2010.
8. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Canadian Medical Association Journal. 2010;182(18):E839-E42.
9. Ministerio de Salud. Documento técnico: Metodología para la de documento técnico elaboración guías de practica clínica. Lima, Perú: MINSA; 2015.
10. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*. 2017;358:j4008.
11. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2011;343:d5928.
12. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):726-35.
13. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *bmj*. 2016;353:i2016.
14. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *bmj*. 2016;353:i2089.
15. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-25.