

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

**GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

Unidad de Atención Integral Especializada

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub
Especialidades - Psiquiatría**



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none">• Unidad de Atención Integral Especializada• Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades• Unidad de Gestión de la Calidad	<p>Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino</p> <p>Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Índice

I	<u>Finalidad</u>	4
II	<u>Objetivo</u>	4
III	<u>Ámbito de Aplicación</u>	4
IV	<u>Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes</u>	4
	4.1.- Nombre y Código	4
V	<u>Consideraciones Generales</u>	5
	5.1 Definición	5
	5.2 Etiología	5
	5.3 Fisiopatología	6
	5.4 Aspectos Epidemiológicos	6
	5.5 Factores de Riesgo Asociado	7
	5.5.1 Medio Ambiente	7
	5.5.2 Estilos de Vida	7
	5.5.3 Factores hereditarios	8
VI	<u>Consideraciones Específicas</u>	8
	6.1 Cuadro Clínico	8
	6.1.1 Signos y Síntomas	8
	6.1.2 Interacción cronológica	10
	6.1.3 Gráficos, diagramas o fotografías	10
	6.2 Diagnóstico	11
	6.2.1 Criterios de diagnóstico	11
	6.2.2 Diagnóstico diferencial	12
	6.3 Exámenes Auxiliares	14
	6.3.1 De Patología clínica	14
	6.3.2 De imágenes	14
	6.3.3 De exámenes especiales complementarios	14
	6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	15
	6.4.1 Medidas Generales y Preventivas	15
	6.4.2 Terapéutica	16
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento	18



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.4.4 Signos de alarma.....	19
6.4.5 Criterios de Alta.....	19
6.4.6 Pronósticos.....	19
6.5 Complicaciones	20
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	20
6.7 Fluxograma.....	21
VII Anexos.....	22
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....	27

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

I. Finalidad

Contribuir con un instrumento técnico que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones sobre la prevención, criterios clínicos de diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológicas para una atención oportuna e integral de la Depresión que se presenta en los niños y adolescentes, en el marco de la mejora continua, seguridad y calidad de la atención de los pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

II. Objetivo

Esta Guía de Práctica Clínica, tiene los siguientes objetivos:

- Unificar y estandarizar criterios de atención integral para evaluar y diagnosticar en niños y adolescentes el Trastorno Depresivo Mayor, brindando orientación basada en evidencia.
- Brindar a los profesionales de la salud una herramienta útil que dé respuestas de manejo a la clínica de la Depresión y recomendaciones sobre este trastorno, con el fin de atender, manejar e informar a los niños, adolescentes y padres de familia.
- Definir las pautas de manejo farmacológico para cada uno de los tipos de depresión que se presentan.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del INSN SB según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III. Ámbito de Aplicación

La presente Guía es de aplicación para los profesionales especialista de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, específicamente de Psiquiatría y Psicología del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, y puede ser usado por las demás instituciones públicas de salud a nivel nacional que sean del nivel de atención del Instituto (III-2) y cuenten con la especialidad.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

IV. Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

La Depresión se encuentra clasificada en el CIE-10 dentro de los TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS), clasificados en los códigos CIE 10 del F30-F39.

La presente Guía de Práctica Clínica, hace referencia principalmente a los episodios depresivos del Código CIE 10 F32, que a su vez comprenden:

- | | |
|--|----------------|
| • EPISODIO DEPRESIVO LEVE | CIE 10: F32.0 |
| • SIN SÍNTOMAS SOMÁTICOS | CIE 10: F32.00 |
| • CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS | CIE 10: F32.01 |
| • EPISODIO DEPRESIVO MODERADO | CIE 10: F32.1 |
| • SIN SÍNTOMAS SOMÁTICOS | CIE 10: F32.10 |
| • CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS | CIE 10: F32.11 |
| • EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS | CIE 10: F32.2 |
| • EPISODIO DEPRESIVO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS | CIE 10: F32.3 |
| • OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS | CIE 10: F32.8 |
| • EPISODIO DEPRESIVO SIN ESPECIFICACIÓN | CIE 10: F32.9 |

V. Consideraciones Generales

5.1 DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

5.2 ETIOLOGÍA

La depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

pacientes, hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales: serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes.

Como factores determinantes: aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia. Existen factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de terminar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación.

Durante las últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión como:

- La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en la corteza prefrontal, diencefalo, y del sistema límbico
- La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser inducida por medicamentos.

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el 15% de las personas que la sufren intentan el suicidio.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Los estudios epidemiológicos de la salud mental en el Perú realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, reportan que la prevalencia de vida de Episodio Depresivo en Lima y Callao (2002) es 18,2%; en la Sierra (2003): 16.2%; y, en la Selva (2004): 21.4%.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 Medio ambiente

Es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta pues el no hacerlo puede representar un mal diagnóstico. En algunas culturas, la tristeza puede expresarse en forma de malestar físico más que con tristeza o culpa.

Los síntomas centrales del TDM son las quejas somáticas como dolor de estómago o dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia.

Es mejor aceptado que una chica exprese sus emociones, lo que puede representar que los chicos tengan menos oportunidad de manifestar su tristeza o su ánimo bajo, pues puede ser interpretado como falta de fuerza o de carácter.

5.5.2 Estilos de vida

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de depresión en la infancia o en la adolescencia. Una familia funcional, coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias disfuncionales incrementan el riesgo de trastornos afectivos como la depresión.

Entre estas últimas, figuran los casos de inestabilidad y desavenidas son más proclives a las depresiones emocionales de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicción de la depresión del niño. Y también las familias desavenidas, con continuos problemas y discusiones, y en las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias profundas tienen un menor riesgo de depresión.

5.5.3 Factores hereditarios

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. La depresión grave por ejemplo puede ocurrir también en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

VI. Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

- **Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, tanto, que el paciente se siente “en baja”, tal como si hubiera perdido el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

- **Desgano y anhedonia:** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le causa placer. Se pierde la capacidad de disfrutar de las cosas que anteriormente generaban placer.
- **Ansiedad:** Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida, quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- **Insomnio:** Al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen la minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño)
- **Alteraciones del pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, catastróficas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- **Alteraciones somáticas:** por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- **Alteraciones del comportamiento:** el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el estudio.
- **Modificaciones del apetito y del peso:** la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- **Pérdida del Placer:** En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el deporte, y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

- **Culpa Excesiva:** Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- **Pensamiento Suicida:** Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimenta sentimiento autodestructivos.
- **Disminución de la Energía:** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

6.1.2 Interacción cronológica

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y reflejan sus emociones en el comportamiento.

Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito o ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento, pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse (*soy tonto, no sirvo*), disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil.

En lugar de pérdida de peso, los niños y adolescentes pueden no alcanzar el peso y altura esperados para su edad.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.1.3 Gráficos, Diagramas o Fotografías



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Versión de la OMS (CIE-10).

A. Síntomas del Episodio Depresivo:

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia)
- Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Pensamientos de culpa y de ser inútil
- Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia)
- Trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia)
- Pensamientos y actos suicidas

B. Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

En el reconocimiento y diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, estos síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de conducta o físicos, características como las que aparecen a continuación.

Al menos cinco de estos síntomas deben estar presentes en tanto interfieran con la vida diaria por un período mínimo de dos semanas:

- 1) Estado de ánimo irritable o malhumorado, preocupación, letras nihilistas de canciones.
- 2) Pérdida del interés en los deportes, video juegos, y en actividades con amigos.
- 3) Fracaso en el aumento de peso como normalmente se espera, anorexia o bulimia, quejas frecuentes sobre enfermedades físicas, por ejemplo, dolor de cabeza o de estómago.
- 4) Mirar la televisión hacia altas horas de la noche, negación a levantarse para asistir a la escuela por la mañana.
- 5) Hablar acerca de huir de casa o realizar esfuerzos para huir.
- 6) Aburrimiento persistente.
- 7) Comportamiento opuesto y/o negativo.
- 8) Bajo rendimiento en la escuela, frecuentes faltas.
- 9) Ideas o comportamientos suicidas recurrentes.

El diagnóstico de la depresión y otros desórdenes psiquiátricos sólo debe realizarse en el contexto de un examen médico completo para identificar y/o eliminar alguna comorbilidad y/o condiciones psiquiátricas o somáticas que puedan crear confusiones.

- Más de la mitad de los jóvenes con depresión tiene algún otro trastorno psiquiátrico.
- A menudo no pueden o no requieren expresar sus sentimientos o incluso no son conscientes de que están deprimidos.

En el anexo N° 1 podemos apreciar los criterios de clasificación de la CIE-10/OMS.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante como para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forman parte normal de la experiencia humana. La disfunción social u ocupacional, o un nivel elevado de angustia distinguen la depresión de la tristeza transitoria, que es una consecuencia de la vida normal.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

Otras condiciones médicas:

- **Farmacológicas.-**

Corticosteroides; reserpina; metildopa; anticolinesterasas; insecticidas; abstinencia anfetamínica; cimetidina; indometacina; fenotiazinas; talio; mercurio; cicloserina; vincristina; vinblastina.

- **Infecciosas.-**

SIDA; neumonía viral; hepatitis viral; mononucleosis infecciosa; tuberculosis.

- **Endocrinas.-**

Hipo-hipertiroidismo; hiperparatiroidismo; Enfermedad de Cushing (hiperadrenalismo); Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal); diabetes mellitus inmunológica; LES; artritis reumatoide.

- **Neurológicas.-**

Trauma encefalocraneano, crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal); tumores cerebrales, enfermedad cerebrovascular; demencia; apnea del sueño.

- **Nutricionales.-**

Deficiencias vitamínicas (B12; C; ácido fólico; niacina, tiamina).

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.3 EXAMENES AUXILIARES

En nuestro medio no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria en el diagnóstico de depresión.

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Existen, sin embargo, algunas ayudas diagnósticas:

- Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento.
- Exámenes de laboratorio para descartar o confirmar otras patologías médicas.
- Pruebas psicológicas.

Ninguna de estas ayudas es indispensable.

La más conocida de las escalas es la Escala de la Depresión de Hamilton. No es diagnóstica, consta de 17 ítems que se califican numéricamente. Valora inicialmente la gravedad del cuadro y es útil como criterio objetivo para evaluar el progreso del tratamiento.

6.3.1 De Patología Clínica

No existen exámenes de patología clínica para el diagnóstico de los Trastornos depresivos.

6.3.2 De Imágenes

No existen exámenes de imágenes para el diagnóstico de los Trastornos depresivos.

6.3.3 De Exámenes complementarios

No existen exámenes complementarios para el diagnóstico de los Trastornos depresivos.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

La dedicación de un tiempo suficiente a la relación social para construir un soporte socio familiar, que sirva de amortiguador a los factores psicosociales determinantes de depresión es una actividad que siempre debe ser considerada. Esta especie de amortiguador brinda al sujeto apoyo social de tipo emocional, instrumental e informativo. Aquí nos referimos sobre todo al apoyo emocional, capaz de contrarrestar la sensación de soledad. La orientación preventiva idónea de este tipo de intervención se evidenciará por el cultivo de una verdadera comunicación con los familiares, los amigos y los compañeros, que debería ser estructurada como vínculo confidencial al menos con relación a dos personas.

La práctica sistemática de un grado de ejercicio físico suficiente para prevenir la depresión va desde una actividad deportiva hasta contentarse con un paseo acelerado. Este plan de movimientos activos toma un sentido antidepresivo cuando se practica al menos con una frecuencia de tres o cuatro veces a la semana con una duración entre veinte a cuarenta minutos.

Sus efectos beneficiosos antidepresivos son múltiples: la elevación de la autoestima, el refuerzo positivo de la imagen corporal, la estimulación de la capacidad de autocontrol, la oxigenación de todo el organismo, la mejora de la circulación en el sistema nervioso central, el incremento de las tasas cerebrales de noradrenalina y otros neurotransmisores y el aumento plasmático del colesterol HDL.

La eficacia antidepresiva del plan de movimientos o ejercicios deportivos se potencia cuando su desarrollo se produce al aire libre (actividad física aerobia) y en presencia de la luz natural.

Dentro del estilo de vida regular aquí indicado, hay que respetar como un hábito saludable el mantenimiento fijo de la hora de acostarse, como un hábito, lo que supone una medida de prevención importante para la preservación del ritmo sueño/vigilia.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

La preferencia por acostarse más bien temprano y levantarse también temprano conduce al adelantamiento de la presentación del sueño lento, con lo que se facilita su sincronización con el sueño rápido, a la par que se evita la desincronización causada por la presentación precoz del sueño rápido, el marcador biológico más constante en el síndrome depresivo. Las comidas regladas por una dieta normocalórica no dejan de ser operativas en la prevención de la depresión, en parte directamente y en parte al evitar el sobrepeso, terreno muy favorable para la incidencia de la depresión.

Debe conocerse además que el efecto depresógeno producido por el trastorno somático en sí es a menudo potenciado por el influjo de los medicamentos empleados y por la limitación psicosocial impuesta por la dolencia somática en forma de estrés, aislamiento, inactividad y brusco cambio en los hábitos de vida, elementos que deben evitarse en la medida de lo posible.

6.4.2 Terapéutica

En caso de comorbilidad psiquiátrica, el manejo de los psicofármacos se ajustará al cuadro específico (ejemplo en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivos y antipsicóticos de preferencia atípicos).

INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. Fase aguda

Se considera la fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas). Es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas para minimizar los efectos adversos e ir aumentándolas poco a poco, hasta observar una respuesta adecuada.

En general, existen pocos fármacos aprobados para el tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia, las dosis terapéuticas orientativas que se recomiendan son: para niños mayores de 8 años con Fluoxetina de 10-20 mg/día, y en mayores de 12 años Escitalopram de 10 a 20 mg/día. Otra alternativa terapéutica podría ser Sertralina de 50 a 200 mg/día.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Es importante hacer un seguimiento del tratamiento en las primeras dos semanas a fin de controlar los efectos secundarios y el riesgo de suicidio. En los casos de falta de respuesta o respuesta parcial, debe revisarse el diagnóstico, la dosis, valorar el grado de cumplimiento y reevaluar el riesgo de suicidio. Una vez alcanzada la dosis terapéutica, si no se observa respuesta después de 4 semanas de tratamiento o sólo es parcial tras 6 semanas, debe valorarse una variación en el tratamiento cambiando a otro antidepresivo de otro grupo o del mismo grupo en el caso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, aumentando las dosis o combinando distintos fármacos. Las ventajas de cambiar a otro antidepresivo incluyen la simplicidad de la monoterapia, así como evitar potenciales interacciones farmacológicas.

En general no es necesario suspender un antidepresivo durante un tiempo antes de empezar con otro. Con la mayoría de los fármacos se puede ir retirando el primer fármaco mientras se incorpora el segundo, aunque algunos pacientes pueden presentar efectos adversos en este periodo de solapamiento. Entre Antidepresivos Tricíclicos e Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina puede hacerse directamente sin interrupción.

Al cambiar de un Antidepresivo Tricíclico o Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina o mirtazapina a un Inhibidor de la Monoaminoxidasa (IMAO) es necesario dejar pasar un periodo de lavado de dos semanas, salvo en el caso de fluoxetina que se requieren 5 semanas.

Promover paralelamente a lo anterior el soporte emocional.

2. Fase de Continuación

Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir recaídas.

Más de un tercio de los pacientes con depresión mayor recaen en el primer año tras la remisión inicial, la mayoría de ellos en los 4 primeros meses. Se debe utilizar la misma dosis de antidepresivo usado en la fase aguda.

En los pacientes con un solo episodio de depresión se debería utilizar el tratamiento un mínimo de 8-9 meses, 8-12 semanas de la fase aguda más 6 meses de la fase de continuación.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

3. Fase de Mantenimiento

El objetivo de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias. Son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o más de 5 en toda su vida. La duración óptima de esta fase no se conoce, puede ser de 6 meses en adelante, entre 2 y 5 años e incluso algunos pacientes pueden necesitar tratamiento a dosis terapéuticas indefinidamente. Como en las fases anteriores, las dosis son las mismas a las utilizadas en la fase aguda. Se recomienda que esta fase se lleve a cabo bajo supervisión de un especialista.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

RETIRADA DEL TRATAMIENTO

La retirada de los fármacos debe ser lenta y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada. Este síndrome puede constar de distintos síntomas en función del grupo de antidepresivo que se haya administrado. Los *Antidepresivos Tricíclicos* pueden producir síntomas gripales y gastrointestinales, fatiga, ansiedad, agitación, y alteraciones del sueño. Los *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina*, los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con Paroxetina). Este síndrome también se ha descrito con Venlafaxina.

Cuando el tratamiento ha durado entre 6-8 meses una posible pauta de retirada puede consistir en ir disminuyendo la dosis de forma gradual durante 6-8 semanas; un tratamiento de mayor duración se necesita más tiempo, se puede optar por una reducción de un cuarto de la dosis cada 4-6 semanas. Si el síndrome aparece, suele remitir al administrar de nuevo el mismo fármaco y retirarlo más lentamente.

Fluoxetina debido a su vida media prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada. Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo.

Hasta un 7% de pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, parestesias y vértigos. También hace referencia a casos aislados de agitación, sudoración y náuseas.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.4.4 Signos de alarma

- Trastorno depresivo mayor
- Historia familiar de suicidio
- Abuso de sustancias (cualquier tipo de droga o alcohol)
- Impulsividad y agresión
- Antecedentes de abuso psicológico, físico o sexual
- Conflictos con los límites paternos

6.4.5 Criterios de Alta

- Remisión de síntomas: Un periodo de al menos dos semanas y menor de dos meses sin síntomas depresivos o con muy pocos síntomas depresivos
- Recuperación: ausencia de síntomas significativos de depresión (no más de 1 ó 2) por 2 o más meses.

6.4.6 Pronóstico

Los factores que parecen predecir un peor pronóstico son la edad de inicio más temprana, la duración de la enfermedad, la historia de hospitalizaciones previas debidas al diagnóstico psiquiátrico, la forma desadaptativa de enfrentar los problemas la comorbilidad entre diferentes trastornos psiquiátricos, la severidad de los síntomas y la historia positiva familiar de trastornos de ansiedad o afectivos.

No hay un medio fiable de saber si un niño o adolescente volverá a presentar los síntomas una vez que han remitido con el tratamiento, pueden pasar desde meses hasta años sin una recaída.

Algunos otros factores de mal pronóstico son la mala respuesta al tratamiento inicial, la separación de uno de los progenitores por muerte o divorcio, la alta dependencia interpersonal y la clase social baja.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.5 COMPLICACIONES

- El 15% de los deprimidos intenta el suicidio.

INTERACCIONES

La más severa, pero menos frecuente, corresponde a la administración concomitante de un Inhibidor de la Monoaminoxidasa (IMAO) con un antidepresivo tricíclico (ATC). El síndrome resultante puede causar toxicidad del Sistema Nervioso Central severo, con la presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de Referencia:

De un establecimiento de menor complejidad al Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja:

- Por ser un establecimiento de salud pediátrico del tercer nivel de atención y complejidad (Categoría III-2), se cuenta con el recurso profesional especializado e insumos necesarios para el tratamiento de esta patología pediátrica.
- Los siguientes criterios deberán ser considerados para la referencia al Instituto proveniente de otro establecimiento de menor nivel de atención:
 - ✓ Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas.
 - ✓ No respuesta a protocolos de tratamiento para la depresión.

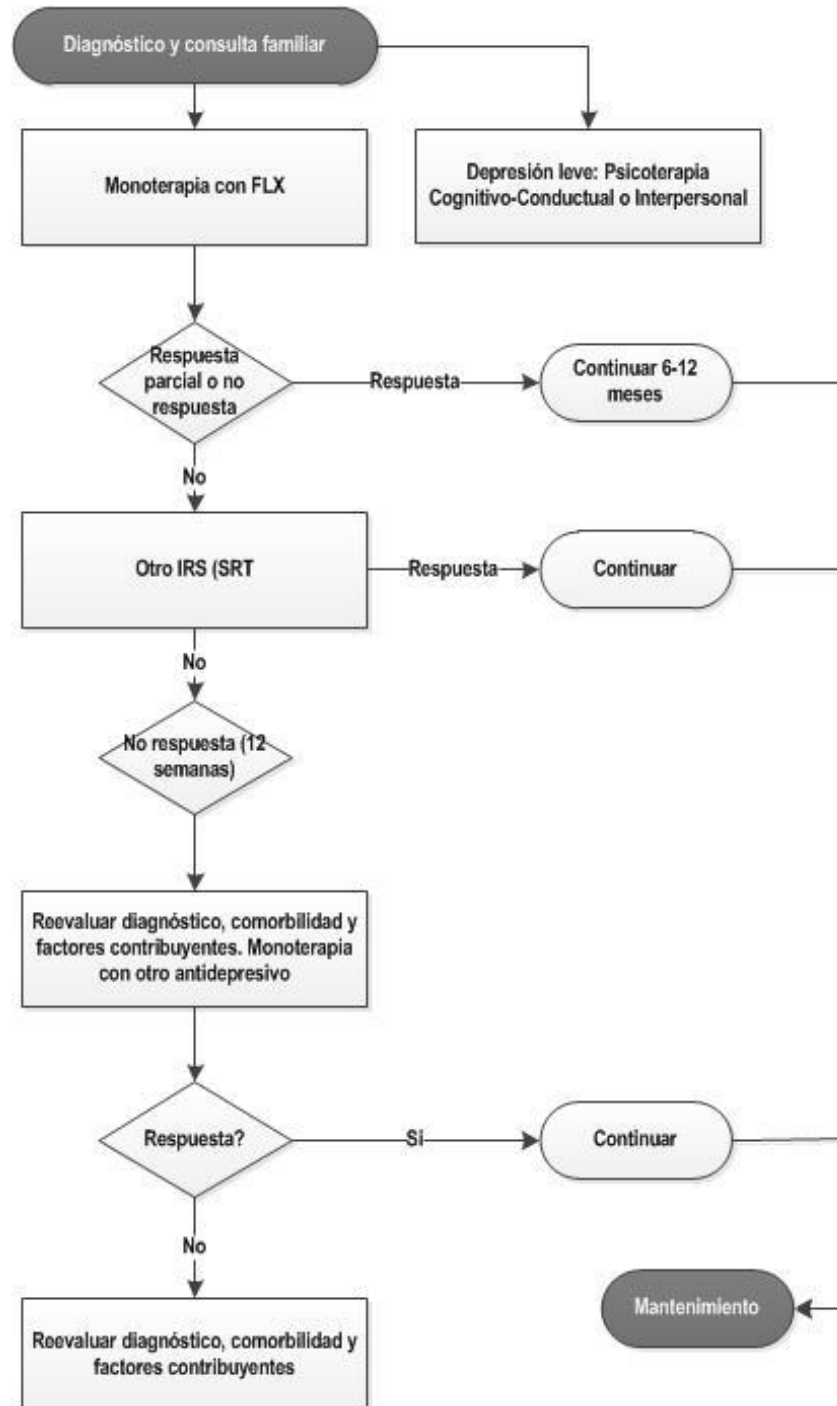
Criterios de Contra referencia:

Del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja a un establecimiento de igual o menor nivel de atención

- Por ser un establecimiento de salud pediátrico del tercer nivel de atención y complejidad (Categoría III-2), se contra refiere a un establecimiento de igual o menor nivel de atención teniendo en cuenta los siguientes criterios:
 - ✓ Remisión de cuadro agudo.
 - ✓ Remisión de ideación suicida.
 - ✓ Respuesta a protocolo de depresión.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

6.7 FLUXOGRAMA.-



FLX: fluoxetina; SRT: sertralina.

FLUXOGRAMA DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes**VII. Anexos****ANEXO 1****EPISODIOS DEPRESIVOS - CIE 10 F32**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz clara (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes, Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2)
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2)
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos)

EPISODIO DEPRESIVO LEVE - CIE 10 F32.0

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente . Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

SIN SÍNDROME SOMÁTICO – CIE 10 F32.00

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

CON SÍNDROME SOMÁTICO – CIE 10 F32.01

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO – CIE 10 F32.1

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

SIN SÍNDROME SOMÁTICO– CIE 10 F32.10

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

CON SÍNDROME SOMÁTICO– CIE 10 F32.11

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS - CIE 10 F32.2

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS – CIE 10 F32.3

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos
- Depresión psicótica
- Psicosis depresiva psicógena
- Psicosis depresiva reactiva

OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS – CIE 10 F32.8

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

- Depresión atípica
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación

EPISODIO DEPRESIVO SIN ESPECIFICACIÓN– CIE 10 F32.9

Incluye:

- ✓ Depresión sin especificación
- ✓ Trastorno depresivo sin especificación

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes**VIII. Referencias Bibliográficas o Bibliografía**

1. American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatry Association, 2002
2. Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de Psiquiatría. España, Editorial Médica Panamericana. 8° ed, 1998
3. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD 10). Geneva, World Health Organization, 1992
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care (2005). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/chapter/1-Recommendations>
5. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía de Práctica Clínica en Depresión (2008). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf
6. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, Swinson R, Yatham LN; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. Ann Clin Psychiatry. 2012 Feb; 24(1):6-22.
7. Kopec MT, Randel J, Naz B, Bartoces M, Monsur J, Neale AV, Schwartz KL. Using the Guidelines for Adolescent Preventive Services to estimate adolescent depressive symptoms in school-based health centers. Fam Med. 2010 Mar; 42(3):193-201.
8. US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics. 2009 Apr; 123(4):1223-8. doi:10.1542/peds.2008-2381. Erratum in: Pediatrics. 2009 Jun; 123(6):1611.
9. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC):



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes

- II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*. 2007 Nov; 120(5):e1313-26. Review. Erratum in: *Pediatrics*. 2008 Jan; 121(1):227.
10. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007 Nov; 120(5):e1299-312.