

Manejo de la depresión en fase de remisión en Atención Primaria

J.L. Lorenzo Ferrer^a, F. Fora Eroles^b y R. Lozano Fernández de Pinedo^a

^aDepartamento Médico. Ferrer Internacional. Barcelona. España.

^bServicio de Psiquiatría. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

OBJETIVO. La depresión es el problema de salud mental más frecuente en Atención Primaria (AP). Su manejo terapéutico puede ser diferente en AP al del ámbito especialista, sobre todo durante la fase de estabilización. El objetivo del presente estudio fue conocer la actitud del médico de AP frente al paciente depresivo en remisión y evaluar si la resolución total del cuadro es un objetivo factible en este ámbito.

MÉTODOS. 1.^a parte: encuesta a médicos de AP sobre su experiencia en el manejo de la depresión en remisión. 2.^a parte: estudio transversal, multicéntrico, donde se recogieron datos clínicos de pacientes con depresión en fase de remisión, según criterio clínico. Cada médico debía recoger datos de 5 pacientes, de forma consecutiva, durante 3 meses. Se evaluó la proporción de pacientes con remisión total según escala HDRS, versión reducida de 6 ítems (remisión total: HDRS-6 \leq 5), y los factores relacionados con un peor estado clínico mediante un test de regresión lineal.

RESULTADOS. 1.^a parte: la mayoría de entrevistados coincidía en la necesidad de un tratamiento prolongado (entre 6 meses y 1 año), con el mismo fármaco y dosis a las que respondió el paciente. La baja adherencia fue referida como el principal problema de esta etapa. 2.^a parte: el 37% de pacientes reunían criterios de remisión total. Edad, ocupación, tiempo de evolución, comorbilidad psiquiátrica, antecedentes depresivos o satisfacción al tratamiento se relacionaron con un peor estado clínico.

CONCLUSIONES. El manejo clínico de la depresión en fase de remisión en AP coincide con las guías terapéuticas vigentes. La proporción de pacientes con remisión total fue similar a la observada en otros ámbitos clínicos.

Palabras clave: Atención Primaria, depresión, adherencia, remisión total.

OBJECTIVE. Depression is the most common problem of psychiatric disorders encountered in Primary Care. Its management can differ from the psychiatrist's management, mainly during the remission phase. This study aimed to explore attitudes on management of depressed patients in remission in Primary Care and evaluate whether full remission is a feasible objective in this setting.

METHODS. Part 1: semi-structured interview to Primary Care physicians on the management of depression in remission. Part 2: cross-sectional, multicenter study. Clinical data from depressed patients in remission (according to physician's criterion) were collected. Each physician should collect data on 5 consecutive patients seen over 3 months. The percentage of patients with full remission was evaluated by the Hamilton Depression Rating scale (6 items-short version) (full remission: HDRS-6 \leq 5). Factors related with a worst clinical condition were evaluated by a lineal regression test.

RESULTS. Part 1: most of the physicians agreed with the requirement to continue full-dose maintenance therapy for 6 to 12 months. Low adherence to treatment was reported as the main problem in this period. Part 2: 37% of patients met the full-remission criteria. Age, occupation, episode duration, psychiatric comorbidity, psychiatric antecedents, and treatment satisfaction were related with worst clinical condition.

CONCLUSIONS. The long-term management of depression in Primary Care agrees with the current treatment guidelines. The percentage of patients fulfilling remission criteria was similar to the reports in other clinical settings.

Key words: Primary Care, depression, adherence, total remission.

Correspondencia: J.L. Lorenzo Ferrer.
Departamento Médico. Ferrer Internacional.
Edificio L'illa. Avda. Diagonal, 549, 5.^a planta.
08028 Barcelona.
Correo electrónico: jllorenzo@ferrergrupo.com

Recibido el 20-12-05; aceptado para su publicación el 20-06-06.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) es en la actualidad uno de los ámbitos fundamentales en el manejo de las enfermedades mentales, siendo la depresión la más prevalente¹. Sin embargo, la depresión sigue siendo infratratada e infradiag-

nosticada, sobre todo en AP². Las causas pueden ser múltiples, destacando la forma larvada con la que frecuentemente se presenta la enfermedad (a menudo con síntomas somáticos) o la imposibilidad de disponer del tiempo necesario para realizar un diagnóstico y tratamiento precisos³. La cronicidad del proceso añade dificultad a su manejo, pues requiere un tratamiento prolongado que evite las recaídas y recidivas de la enfermedad y permita la resolución total del cuadro. Por otra parte, aunque la información de que se dispone actualmente sobre el manejo de la depresión en AP es abundante e incide en la mejoría conseguida en los últimos años en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, la disponible en relación a la fase de remisión y a su tratamiento sigue siendo muy escasa, a pesar de que el médico de AP desempeña un papel primordial en ella.

El presente estudio tiene como objetivo fundamental conocer la actitud del médico de AP frente al paciente depresivo en remisión y evaluar si la consecución de su remisión total es un objetivo factible en este ámbito.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio constó de dos partes: en la primera, se recogió información sobre la experiencia del médico en la fase de remisión de la enfermedad mediante un cuestionario consistente en 16 preguntas (15 de respuesta cerrada y 1 abierta), que fue repartida a médicos de AP de todo el territorio español y contestada de forma anónima. Se siguió la normativa nacional vigente sobre la ley de protección de datos.

La segunda parte consistió en un estudio transversal, multicéntrico, realizado con los mismos investigadores reclutados en la primera fase. Cada investigador debía recoger datos clínicos de 5 pacientes diagnosticados de depresión y en fase de remisión, según su criterio, evaluados de forma consecutiva durante 3 meses (febrero-abril 2004). Adicionalmente a los datos clínicos, se recogieron datos demográficos y terapéuticos. Con el fin de conocer la proporción de pacientes que cumplían criterios de remisión completa, se aplicó la Escala de Valoración de Hamilton para evaluación de la depresión, versión reducida de 6 ítems (HDRS-6)⁴. Se consideró que el paciente cumplía criterios de remisión completa cuando la puntuación de la HDRS-6 era igual o inferior a 5⁴. Para determinar qué factores (relacionados con el paciente, enfermedad o tratamiento) podrían estar asociados significativamente con un peor estado clínico se aplicó un test de regresión logística, atendiendo a la puntuación obtenida en el test HDRS-6. El valor de significación se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

1.ª Parte: experiencia, conocimiento y actitud del médico de AP frente al paciente deprimido en fase de remisión

Participaron 1.236 médicos de AP. Sus datos demográficos y asistenciales quedan reflejados en la tabla 1. La gran ma-

Tabla 1. Datos demográficos y asistenciales de los médicos participantes en la encuesta (n = 1.236)

Sexo	70,2% ♂, 29,8% ♀
Edad*	46,3 (6,4) años
Tiempo profesión*	9,9 (6,6) años
Ámbito de asistencia:	
Rural	20,3%
Semi-rural	22,30%
Urbano	57,40%
Pacientes visitados diariamente*	49,5 (15,7)
% pacientes depresivos visitados/día*	20,6 (13,9)
% pacientes depresivos derivados especialista*	18,9 (16,9)
Intervalo medio entre visitas*	45,8 (89,5)

*Datos presentados: media (desviación típica).

yoría de médicos entrevistados eran conscientes de la necesidad de un tratamiento prolongado de la depresión (95,2%, desviación típica [DT] 7,3) coincidiendo en alargarlo hasta los 6 meses (47,6%) o 1 año (42,8%). La mayor parte, además, optan por mantener el mismo tratamiento antidepresivo (AD) al que ha respondido el paciente durante la fase aguda de la enfermedad, y a las mismas dosis (42,5%). La posibilidad de cambiar a otro tipo de AD que facilite la adherencia es otra opción frecuentemente comentada (35,8%). Con relación a ello, los investigadores establecen la falta de adherencia al tratamiento como una de las causas más frecuentemente relacionadas con las recaídas de los pacientes (59,1%), y consideran que esta adherencia es "regular o baja" en casi el 60% de ellos. El reforzar la información al paciente sobre la necesidad del tratamiento prolongado aparece como la medida más frecuentemente tomada por los médicos (64%). Entre las causas relacionadas con esta baja adherencia, el miedo a la dependencia del fármaco (46%), los efectos secundarios (36,2%) y el olvido de las tomas emergen como las más frecuentes (29,6%).

2.ª Parte: estudio transversal sobre el estado y manejo clínico del paciente deprimido en fase de remisión en AP

En esta fase fueron reclutados 5.887 pacientes deprimidos en fase de remisión, según criterio clínico del médico. Los datos demográficos y antecedentes psiquiátricos se hallan detallados en la tabla 2. En relación al episodio actual, la gran mayoría de pacientes presentaban algún síntoma relacionado con su cuadro depresivo (96,4%), de los cuales la tristeza (65,5%) y la ansiedad (63,9%) son los más frecuentemente reportados (tabla 3). Referente a su tratamiento AD actual, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los más frecuentemente prescritos, siendo la fluoxetina (tanto en su forma diaria como en posología semanal) y la paroxetina los más comúnmente reportados. Por otra parte, destaca que sólo el 19,5% de pacientes referían no seguir el tratamiento AD tal como se lo había prescrito el médico: el 33% por abandono prematuro, mientras que el 67% restante confesaban tomarlo de forma errática. En el primer caso, la causa más frecuente era "porque ya se encontraban bien" (42,2%), mientras que en el segundo era "porque se le olvidaba"

Tabla 2. Datos demográficos y clínicos de los pacientes participantes en el estudio transversal (n = 5.887)

Sexo	32,3% ♂, 67,7% ♀
Edad*	49,7 (14,4) años
Ocupación:	
Activo	46,50%
Labores de casa	28,20%
Jubilado	15,30%
Paro	9,90%
Antecedentes depresivos	52,20%
N.º episodios previos*	2,6 (2,2)
Edad primer episodio*	41,6 (15,6)
Comorbilidad psiquiátrica	13,10%

*Datos presentados: media (desviación típica).

Tabla 3. Síntomas depresivos presentes en el momento de la visita (n = 5.675)

Tristeza	68,8%
Ansiedad	66,6%
Insomnio	55,1%
Astenia	43,8%
Síntomas somáticos	36,8%
Disfunción sexual	34,5%
Otros síntomas	3,2%

(48,5%). En general, el grado de satisfacción de los pacientes en relación a su tratamiento AD era muy alta (76,3%). En cuanto a su estado clínico, sólo el 37,9% de los pacientes cumplían criterios de "remisión total", según la escala HDRS-6. Los factores significativamente relacionados con un peor estado clínico se muestran en la tabla 4.

DISCUSIÓN

Los resultados derivados del cuestionario destinado a determinar el conocimiento, actitud y manejo habitual del médico de AP con el paciente deprimido en fase de remisión demuestran que éstos son conscientes de la problemática de su tratamiento prolongado, y que su praxis está en consonancia con las guías vigentes en la actualidad. Según éstas, para que un tratamiento AD sea efectivo ha de ser prescrito a las dosis que muestran eficacia en los diferentes ensayos clínicos y mantenerse con la misma posología al menos durante los 6 meses posteriores a su inicial respuesta clínica^{5,6}, lo que coincide con la actitud de la mayoría de médicos consultados. Se constata, así, la mejora observada en AP en relación al manejo de esta patología^{7,8}. El tema de la falta de adherencia vuelve a surgir como uno de los mayores problemas con los que se encuentra el clínico en el tratamiento de las enfermedades crónicas, como puede considerarse la depresión^{9,10}. Según los clínicos consultados, el cumplimiento del tratamiento AD tal como ha sido prescrito se puede considerar como bueno en no más del 40% de sus pacientes. La información que se dispone sobre la adherencia al tratamiento AD es muy amplia y sus conclusiones muy variadas, oscilando este nivel entre el 10 y 60%, dependiendo del tipo de es-

Tabla 4. Factores relacionados con un peor estado clínico

Factores	OR	IC 95%	p
Edad ≥ 70 años	0,68	0,48-0,95	0,023
Ocupación no activo	1,38	1,16-1,64	< 0,001
Episodios previos +	1,96	1,64-2,35	< 0,001
Comorbilidad psiquiátrica +	1,62	1,33-1,98	< 0,001
Síntomas residuales +	5,86	3,76-9,12	< 0,001
Satisfacción con el tto -	2,79	2,31-3,36	< 0,001

Test de regresión logística. OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; tto: tratamiento.

tudio o de la herramienta utilizada para su medida¹⁰. Incluso en este mismo estudio hay una gran diferencia entre lo que opina el médico y lo que reporta el paciente. Así, la adherencia sube hasta el 80% cuando la información se recoge del paciente. Una valoración objetiva hubiera sido más fiable, aunque ello se apartaba tanto del diseño como del objetivo del estudio. Según la opinión de los clínicos, el miedo a la dependencia del fármaco es la causa que conlleva una mayor tasa de abandono de la medicación, lo que contrasta con la información aportada por los pacientes que referían que abandonaban el tratamiento bien porque ya se encontraban bien o porque se les olvidaba. En cualquier caso, y tal como los propios médicos refieren, el reforzamiento de la información al paciente sobre su tratamiento deviene fundamental¹¹. En relación al tipo de AD, parece claro que la aparición de los ISRS ha facilitado que el paciente deprimido sea cada vez más diagnosticado y controlado por el médico de AP. Estos AD han demostrado una eficacia similar a los AD tricíclicos, pero presentan un mejor perfil de efectos adversos y una posología más cómoda, lo que facilita su manejo¹². En la población estudiada, los ISRS siguen siendo, con mucho, los AD más comúnmente prescritos. Los AD de acción dual como la venlafaxina son administrados con una menor frecuencia, seguramente porque los médicos de AP se encuentran aún poco familiarizados con su uso, al contrario de los especialistas en psiquiatría. Sería interesante el desarrollo de estudios que evaluaran diferencias en la prescripción de AD según el ámbito de asistencia. Vale la pena remarcar el elevado porcentaje de pacientes deprimidos que diariamente acuden a la consulta de AP (20%), aunque este dato deriva de la percepción subjetiva del médico. Sin embargo, este porcentaje se aproxima al aportado por Aragonès et al¹, en el que determinaron que la prevalencia en pacientes que acuden a centros de AP era de 14,7% para depresión mayor y 4,6% para distimia.

En cuanto al estado clínico de los pacientes, destacar que sólo un 37% de ellos cumplían criterios de "remisión total". Este bajo porcentaje no es sorprendente en absoluto y es similar al reportado en la literatura. Está descrito que la tasa de pacientes "respondedores" observada en ensayos clínicos realizados con AD se sitúa entre el 50 y el 70%, aunque sólo entre un 25 y 35% alcanza una remisión completa¹³. Se ha de tener en cuenta, no obstante, que el tipo de pacientes, ámbito e instrumento de medida de un ensayo clínico es muy distinto de las características

de este estudio, realizado en condiciones clínicas asistenciales y en centros de AP. En nuestro caso, el instrumento utilizado como baremo fue la versión reducida del HDRS de 6 ítems validado en español, al demostrar una alta correlación con el HDRS de 17 y 21 ítems y por ser fácil su administración en un ámbito como la AP, donde el tiempo asistencial es muy reducido⁴. Por otra parte, llama la atención la elevada proporción de pacientes con síntomas residuales, alrededor del 90%. El concepto de remisión total con síntomas residuales o remisión parcial aún conlleva controversia, y la diferencia entre ambos puede ser muy sutil^{14,15}. Seguramente se hayan catalogado como residuales síntomas asociados a cuadros depresivos no resueltos.

Las características del estudio no permiten extraer conclusiones sobre terapéutica seguida y resolución del cuadro. No obstante, sí se observa que determinados factores se encuentran asociados significativamente con un peor estado clínico. Factores tales como edad, actividad laboral, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de comorbilidad psiquiátrica, antecedentes depresivos o satisfacción con el tratamiento se hallan relacionados a un peor estado clínico. Sin embargo, estudios previos no observaron esta asociación, aunque sí entre remisión parcial y gravedad del cuadro¹⁶. Debido a las limitaciones del estudio, estas asociaciones deben ser tomadas con precaución. La heterogeneidad de la muestra (tanto en relación al paciente como a la enfermedad o tratamiento) hace presuponer que algunos de los casos puedan estar relacionados con un estado de mayor gravedad del cuadro depresivo y no directamente con una peor respuesta clínica al tratamiento. Sería interesante el desarrollo de un estudio longitudinal y prospectivo en este ámbito asistencial que permitiera replicar estos resultados, teniendo en cuenta las limitaciones inherentes al diseño de este estudio, como son la obtención de la muestra y su representatividad, al no ser aleatorizada y depender de facilidades y colaboración obtenidas en las diferentes áreas participantes.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos de Atención Primaria que han participado directa o indirectamente en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragonès-Benaiges E, Gutiérrez Pérez MA, Pino Fortuny M, Lucena Luque C, Cervera Virgili J, Garreta Estrada I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:623-8.
2. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Supl 7:4-9.
3. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM; LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1626-34.
4. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Hamilton Depression Rating Scale para la evaluación de la depresión. *Med Clin*. 2003;120:693-700.
5. Agency for Health Care Policy Research. Treatment of major depression: clinical practice guidelines. AHCPR Publication 93-0550.1993;1(5).
6. World Health Organization Mental Health Collaborating Centers. Pharmacotherapy of depressive disorders: WHO consensus statement. *J Affect Disord*. 1989;17:197-8.
7. Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, Peterson DA. Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:395-401.
8. Gabarron Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;29:329-36.
9. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol*. 2001;54 Supl 1:S57-60.
10. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:164-72.
11. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273:1026-31.
12. MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, et al. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326:1014.
13. Thase ME, Sullivan LR. Relapse and recurrence of depression: a practical approach for prevention. *CNS Drugs*. 1995;4:261-77.
14. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*. 1997;45:5-17.
15. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25:685-98.
16. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:851-5.