

PATRONES DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL

PATTERNS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSION IN THE AMBULATORY CONSULTATION OF GENERAL MEDICINE

R. DE LA GRECCA¹, M. ZAPATA V.², J. VEGA-D.³ y G. MAZZOTTI⁴

RESUMEN

Objetivo. Obtener información sobre los patrones de manejo de pacientes con depresión por médicos generales (MGs) en servicios ambulatorios.

Metodología. Se administró una encuesta a 73 médicos que trabajaban en servicios ambulatorios de medicina general en tres hospitales de Lima – Perú.

Resultados. 67 MGs (93%) reportaron haber diagnosticado pacientes con depresión y 56 (84%) reportaron empezarles tratamiento farmacológico. Los MGs listaron como quejas frecuentes de presentación: dificultad para realizar labores habituales (21%), tristeza (15%), cefalea/dolor cervical (11%), ansiedad (8%), artralgias (6%) y síntomas gastrointestinales (2%).

El número de síntomas listado por los MGs como útiles para hacer el diagnóstico de depresión, fue en promedio 5.15 (DE=1.66) y el número de síntomas necesario para empezar tratamiento fue 3.3 (DE=1.02). El promedio de síntomas correctos fue 3.18 (DE=1.24), según DSM-IV y 3.29 (DE=1.30), según CIE-10 (menor al número de criterios de sistemas de clasificación estándar). Los psicotrópicos más frecuentemente indicados fueron fluoxetina (45%) y amitriptilina (21%). Un 86% de los MGs reportaron informar al paciente sobre la duración del tratamiento, 73% sobre sus potenciales efectos secundarios y 96% reporta citarlos para seguimiento.

Conclusiones. La frecuencia de casos de depresión en servicios de atención primaria es alta, una proporción importante se presenta con sintomatología somática. El conocimiento de criterios diagnósticos estandarizados y de las opciones terapéuticas disponibles no es óptimo y requiere programas de actualización.

PALABRAS-CLAVE: Depresión, atención primaria, manejo, tratamiento, servicios de salud.

ABSTRACT

Objective. To collect information about the patterns of care of depressed patients by General Practitioners (GPs) in outpatient settings.

Methodology. A survey was administered to 73 physicians working in general medical outpatient settings in three hospitals in Lima, Peru.

¹ Médico Residente de Administración de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Mount Sinai School of Medicine, New York, USA.

³ Profesor, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴ Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Results. 67 GPs (93%) reported having diagnosed patients with depression and 56 (84%) reported started pharmacological treatment. GPs listed as frequent chief complaints the following: difficulty with activities of daily living (21%), sadness (15%), headache/neck pain (11%), anxiety (8%), arthralgia (6%), and gastrointestinal symptoms (2%). The number of symptoms listed by the GPs, as useful to make the diagnosis of depression, was in average 5.15 (DE=1.66) and the minimum number of symptoms to start treatment was 3.3 (SD=1.02). The average of correct symptoms was 3.18 (DE=1.24), according to the DSM-IV and 3.29 (DE=1.30), according to the ICD-10 (lower than the required criteria of standard classification systems). The most frequently prescribed psychotropics were fluoxetina (45%) and amitriptilina (21%). An 86% of GPs reported educating the patient about the length of treatment, 73% about potential side effects; and 96% provided follow up appointments.

Conclusions. The high prevalence of depression in primary care settings and its often somatic presentation requires knowledge of standardized diagnostic criteria and available treatment options to provide effective care to patients affected by this disorder.

KEY WORDS: Depression, primary care, management, treatment, health care services.

INTRODUCCIÓN

Estudios epidemiológicos en las últimas décadas describen que una proporción significativa de pacientes vistos en atención primaria y servicios de medicina general presentan algún trastorno psiquiátrico que se mantiene sin reconocer. Además, los trastornos mentales (principalmente depresión), no son reconocidos por los médicos no-psiquiatras con mayor frecuencia cuando se presentan "enmascarados" o asociados a sintomatología somática y con características atípicas.¹⁻⁴ En cuanto a la depresión, el beneficio de un diagnóstico oportuno y adecuado es un mejor manejo del trastorno y mejores resultados en cuanto a la evolución de la psicopatología y el funcionamiento social del sujeto afectado.⁵

Se estima que la enfermedad depresiva sería la cuarta causa de carga global de enfermedad para el año 2000, representando el aproximadamente 12% del total de años vividos en discapacidad a escala mundial.⁶

En la literatura nacional encontramos algunos estudios sobre la prevalencia de depresión en población hospitalaria no-psi-

quiátrica. Los hallazgos señalan la presencia de sintomatología depresiva leve en 64% y moderada en 49.6% de pacientes que acuden a consulta ambulatoria utilizando el Inventario de Beck.⁷ Otro estudio, utilizando el mismo instrumento, reporta un 61.7% de algún grado de depresión en pacientes con molestias gastrointestinales que acuden a consulta de gastroenterología.⁸ A pesar de la demostrada presencia de depresión en pacientes que acuden a servicios de salud no-psiquiátricos, no se cuenta con estudios que profundicen la manera en la que estos pacientes son detectados y manejados en nuestro sistema de salud. El objetivo del presente estudio exploratorio es obtener información sobre los patrones de manejo del trastorno depresivo en la consulta ambulatoria de servicios de medicina general en tres hospitales generales de Lima.

METODOLOGÍA

Se administró un cuestionario a los médicos asistentes y residentes de los programas de medicina interna en el Hospital Arzobispo Loayza (HAL), Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y Hospital General María Auxiliadora (HGMA). La muestra incluyó a

los médicos que realizan consulta ambulatoria de medicina interna/general en dichos hospitales y que aceptaron participar en el estudio. El cuestionario abarcó tópicos acerca de las características del médico y de su consulta ambulatoria, el manejo en general que se da a los pacientes que acuden a consulta con algún tipo de trastorno mental con énfasis en el diagnóstico y tratamiento de depresión. Las encuestas fueron entregadas personalmente a cada médico acompañándose de una carta de presentación donde se pedía su consentimiento y daban las instrucciones para completarlas; cada encuesta fue recogida en sobre cerrado para asegurar su confidencialidad.

En este artículo se presentan los resultados referentes al manejo de depresión. En otro reporte se publicarán los hallazgos sobre actitudes y patrones del manejo de trastornos mentales en general.

RESULTADOS

La muestra constó de 73 médicos, 54.8% del HAL (n = 40), 35.6% del HNCH (n = 26) y 9.6% del HGMA (n = 7). Los médicos asistentes representaron el 41% (n = 30) y los médicos residentes el 59% (n = 43). La mayoría de médicos participantes, pertenecían al sexo masculino (76.7%, n = 56). La edad promedio de la muestra fue de 36.3 años

(DE = 7.6) (asistentes: 42.9 años, DE = 7.6; residentes: 31.7 años, DE = 2.6). El tiempo promedio de graduado fue de 9.22 años (DE = 7.4) (asistentes: 16 años, DE = 7.2; residentes: 4.5 años, DE = 1.8).

Cuando se indagó sobre los trastornos mentales que son vistos en la consulta ambulatoria, los médicos citaron depresión (10.95%), quejas somáticas sin explicación (10.64%) y trastornos de ansiedad (8.61%) como los más frecuentes.

De los 73 médicos que participaron en el estudio, 67 (93.1%) refieren haber realizado el diagnóstico de depresión en algún momento de su consulta, incluyendo el 100% de los médicos asistentes y el 88.1% de los médicos residentes.

Los siguientes resultados describen la información sobre patrones de manejo de depresión aportados por la muestra de 67 médicos que refirieron haber diagnosticado depresión en su consulta ambulatoria.

El 21.2% de los médicos consideraron que la "dificultad para realizar labores habituales", seguida de "tristeza" (15.2%), es la *queja de presentación* que más frecuentemente los alerta a buscar otros síntomas depresivos (Ver Tabla 1).

TABLA 1

FRECUENCIA DE QUEJA DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE QUE ALERTA A BUSCAR DEPRESIÓN SEGÚN LOS MÉDICOS DEL ESTUDIO QUE REPORTAN HABER DIAGNOSTICADO EL TRASTORNO (N=67)

| Queja de presentación | N (%) |
|---|------------|
| Dificultad para realizar labores habituales | 14 (21.2%) |
| Tristeza | 10 (15.2%) |
| Cefalea o dolor de cabeza | 7 (10.6%) |
| Ansiedad (nerviosismo) | 5 (7.6%) |
| Dolores articulares | 4 (6.1%) |
| Síntomas gastrointestinales | 1 (1.5%) |
| Más de uno | 17 (25.8%) |
| Otros | 8 (12.1%) |

Acerca de los *síntomas más útiles* para hacer un diagnóstico de depresión, el 75.4% de ellos, mencionó alguna forma de "alteración del sueño", el 56.9% mencionó alguna manifestación relacionada al "ánimo deprimido", el 52.3% a la "alteración del apetito y/o peso", el 46.2% a los síntomas sugestivos de "anhedonia" (Ver Tabla 2). Los médicos listan en promedio 5.15 síntomas "útiles" para el diagnóstico de depresión; con un rango que va desde 2 hasta 11 síntomas. Sin embargo, comparando con sistemas de clasificación

diagnóstica se encuentra una media de 3.18 síntomas correctos (DE = 1.24; Rango: 1 - 6) comparando con el Criterio A para Episodio Depresivo del DSM-IV-TR⁹ y una media de 3.29 síntomas correctos (DE = 1.30; Rango: 1 - 6) comparando con criterios del CIE-10.¹⁰

Una vez decidido el diagnóstico de depresión los médicos brindan al paciente la información respecto a su enfermedad de la siguiente manera: el 81.5% de los médicos prefiere decir a sus pacientes que se trata de

TABLA 2

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS LISTADOS POR LOS MÉDICOS DEL ESTUDIO (N = 65) COMO ÚTILES PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

| Síntomas considerados útiles para diagnosticar Depresión | N (%) |
|--|-----------|
| 1 Alteración del sueño | 49 (75.4) |
| 2 Animo deprimido | 37 (56.9) |
| 3 Alteración del apetito y/o peso | 34 (52.3) |
| 4 Anhedonia | 30 (46.2) |
| 5 Alguna manifestación somática | 28 (43.1) |
| 6 Disminución de la energía | 23 (35.4) |
| 7 Ideas suicidas | 14 (21.5) |
| 8 Otras manifestaciones psicológicas | 11 (16.9) |
| 9 Disminución de libido o algún trastorno sexual | 11 (16.8) |
| 10 Disminución de la autoestima o ideas de culpa | 10 (15.4) |
| 11 Disminución en la concentración | 10 (15.4) |
| 12 Inestabilidad afectiva | 10 (15.4) |
| 13 Impedimento en el funcionamiento | 10 (15.4) |
| 14 Ansiedad | 8 (12.3) |
| 15 Alteración psicomotora | 3 (4.6) |

"depresión"; el 13.8% les dice algo inespecífico como "son los nervios" o "el estrés"; y el 4.6% les dice otro término o no le da un nombre determinado.

La gran mayoría de los médicos que reportan haber hecho el diagnóstico (84%, n = 56) deciden tratar por sí mismos a sus

pacientes. La media del número mínimo de síntomas considerados como necesarios para empezar tratamiento farmacológico fue 3.16 (Rango: 1 - 6, DE = 1.02).

Los psicotrópicos utilizados como tratamiento antidepresivo listados por los médicos del estudio que deciden iniciar tratamiento

antidepresivo por ellos mismos se presentan en la Tabla 3. Se encuentra que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como fluoxetina y sertralina, son el grupo más prescrito; seguidos en frecuencia por los antidepresivos cíclicos, como amitriptilina y nortriptilina.

De los 56 médicos que decidieron dar tratamiento a sus pacientes, 44 (78.6%) indica un fármaco antidepresivo adecuado, 35 indica una dosis inicial adecuada (62.5% de 56 médicos que dan tratamiento, 79.6% de los que dan una droga adecuada) y 26 indican una dosis de mantenimiento adecuada (46.4% de

TABLA 3
PORCENTAJE DE MÉDICOS QUE DECIDEN INICIAR TRATAMIENTO PARA DEPRESIÓN CON ALGÚN PSICOTRÓPICO (N = 56)

| Psicotrópicos | Porcentaje de Médicos |
|------------------------|-----------------------|
| Fluoxetina | 44.6% |
| Amitriptilina | 20.5% |
| Sertralina | 9.3% |
| Nortriptilina | 7.4% |
| "Benzodiazepinas" (**) | 5.5% |
| Diazepán | 3.7% |
| "ISRS" (**) | 1.8% |
| "Tricíclicos" (**) | 1.8% |
| Paroxetina | 1.8% |
| Alprazolam | 1.8% |
| Clordiazepóxido | 1.8% |

(**) Documentado de esa manera por los médicos encuestados.

médicos que dan tratamiento, 59.1% de los que dan un antidepresivo adecuado). Se consideró como fármaco y dosis adecuados a aquellos que coincidieron con los recomendados por las Guías Clínicas para el Tratamiento de Trastornos Psiquiátricos de la Asociación Psiquiátrica Americana,¹¹ el PDR-2005¹² y el PDR para profesionales de salud mental,¹³ no se consideró como correcto cuando se mencionaron grupos farmacológicos, tales como "ISRS" o "tricíclicos" (Ver Tabla 4).

Del total de médicos que prescribe tratamiento (n = 56) el 73.2% dice mencionar a sus pacientes los potenciales efectos secundarios, el 85.7% dice a sus pacientes por cuánto tiem-

po deben recibir tratamiento y el 96.4% refiere citar a sus pacientes para seguimiento.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio exploratorio pueden resumirse en que un porcentaje significativo de médicos generales reportan atender pacientes con enfermedad depresiva en su práctica ambulatoria y deciden iniciar tratamiento farmacológico apropiado en cuanto a la droga de elección, pero no con dosis inicial ni de mantenimiento adecuada. Además, se encuentra que el conocimiento de criterios estándar para diagnosticar la enfermedad

TABLA 4
DOSIS DE PSICOTRÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN RECOMENDADA
POR LOS MÉDICOS DEL ESTUDIO

| Psicotrópico | Dosis Inicial Adecuada(*) | Dosis Inicial Referida(**) | % de Médicos (***) | Dosis de Mantenimiento Adecuada (*) | Dosis de Mantenimiento Referida (**) | % de Médicos (***) |
|-------------------|---------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Fluoxetina | 20 mg. | 20 mg. « 40 mg. 50 mg. | 36.0% 5.4% 1.8% | 20 - 80 mg. | 20 mg.« 50 mg. « 20 a 80 mg. « | 30.9% 1.8% 1.8% |
| Sertralina | 25-50 mg. | 50 mg.« "½ tableta" | 7.2% 1.8% | 50 - 200 mg. | 50 mg.« 50 a 200 mg.« "1 tab" "título" | 1.8% 1.8% 1.8% 1.8% |
| Paroxetina | 10 - 20mg | 10 mg. « | 1.8% | 20 - 50 mg. | 20 mg.« | 1.8% |
| Amitriptilina | 25-50 mg. | 20 mg. 25 mg. « 50 mg. « 75 mg. 100 mg. | 1.8% 10.8% 5.4% 1.8% 1.8% | 100 - 300 mg. | 10 mg. 25 mg. 40 mg. 50 - 75 mg. 50 -100 mg. « 100 mg. « hasta 200 mg. « "Ajuste individual" | 1.8% 5.4% 1.8% 1.8% 3.6% 1.8% 1.8% 1.8% |
| Nortriptilina | 25 mg. | 30 mg. « 10 mg. | 3.6% 3.6% | 50 - 150 mg. | 10 mg. 20 mg. 30 mg. | 3.6% 1.8% 1.8% |
| Diazepam | - | 5mg. 10 mg. | 1.8% 1.8% | - | 2.5 a 5 mg. 5 mg. | 1.8% 1.8% |
| Alprazolam | - | 0.25 mg. | 1.8% | - | 0.25 mg. | 1.8% |
| Clordiazepóxido | - | 30 mg. | 1.8% | - | - | 0% |
| "Tricíclicos" | - | "1 tableta" | 1.8% | - | "1 tableta" "titular según respuesta" | 1.8% 1.8% |
| "Benzodiazepinas" | - | 1 a 5 mg. 10 mg. | 3.6% 1.8% | - | 5 mg. | 3.6% |
| "ISRS" | - | "10 mg." | 1.8% | - | 10 mg. | 1.8% |
| No anotan dosis | - | - | 0% | - | - | 15.1% |

(*) Fármaco y dosis adecuados (Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. APA, 2004¹¹, PDR-2005¹² y PDR para profesionales de salud mental¹³).

(**) Dosis diaria indicada por los médicos.

(***) Porcentaje de los médicos que tratan depresión que indica dicho tratamiento.

(«) Fármaco y dosis indicados por los médicos considerados como dentro de rangos adecuados.

depresiva entre los médicos entrevistados no es óptimo.

El presente estudio tiene la principal limitación que recoge únicamente lo referido por los médicos entrevistados, no incluye evaluaciones con instrumentos diagnósticos estandarizados de los pacientes ni revisión de documentación en historias clínicas de diagnósticos e indicaciones terapéuticas; sin embargo, constituye una primera exploración de los patrones de atención de los pacientes con trastornos depresivos en el sistema de salud del Perú. No tenemos conocimiento de que en nuestro medio existan estudios que investiguen los patrones de tratamiento específico de la depresión en servicios nopsiquiátricos, con excepción de estudios de prevalencia anteriormente mencionados. También es de notar la inclusión de médicos residentes, que en la práctica atienden a una importante proporción de pacientes en consulta ambulatoria.

La intención de preguntar a los médicos del estudio sobre cuáles eran los síntomas que consideraban más útiles para el diagnóstico de depresión fue para evaluar de manera indirecta el conocimiento de los criterios diagnósticos de depresión (CIE-10 ó DSM IV). Cabe resaltar que la media de síntomas correctos, reportados por los profesionales, es menor al número de criterios requeridos para el diagnóstico según ambos sistemas de clasificación estándar. La limitación en el conocimiento de criterios diagnósticos predispone a la falla en la detección o sobrediagnóstico del trastorno.

Un punto a enfatizar es el problema global del suicidio, consecuencia fatal de la depresión; y resaltar el rol que tiene el médico general en cuanto a la prevención de suicidio en atención primaria. Sólo el 21.5% de médicos en este estudio menciona las ideas suicidas como un síntoma útil para diagnosticar de-

presión. Es reconocido el hecho de que los pacientes afectados frecuentemente visitan a sus médicos generales semanas o meses previos a completar el suicidio.¹⁴ Además, el tratamiento farmacológico inadecuado de los casos elevaría en general el riesgo de intentos de suicidio.¹⁵

La fluoxetina es la droga más utilizada por los médicos del estudio como tratamiento antidepresivo; pero, un importante grupo sigue utilizando amitriptilina como primera elección. La alta frecuencia del uso de tricíclicos reportada podría deberse a que estos psicotrópicos no sólo se utilizan para tratamiento antidepresivo o de otros trastornos mentales (trastornos de ansiedad, etc.) sino también para otros trastornos en medicina general y neurología (dolor crónico, neuralgias, cefalea, etc.).¹⁶

Cabe resaltar que entre los médicos que deciden dar tratamiento antidepresivo un porcentaje significativo indica un fármaco adecuado (antidepresivo); sin embargo aproximadamente la mitad de los mismos prescriben las dosis iniciales y de mantenimiento adecuados. Adicionalmente, llama la atención que el 12.8% de médicos indique benzodiazepinas como tratamiento para depresión. Se sabe que las consecuencias de los tratamientos inadecuados pueden ser serias.¹⁵ Sin embargo, la complejidad de los determinantes del uso inadecuado de benzodiazepinas en general y en particular entre los pacientes deprimidos aún tiene muchos aspectos pendientes de investigar.¹⁷

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de depresión en servicios de atención primaria y su frecuente presentación con sintomatología somática requiere mejorar el conocimiento de criterios diagnósticos estandarizados y de las opciones terapéuticas disponibles para proporcionar

una atención efectiva a los pacientes con depresión. Este aporte podría ser decisivo en la etapa formativa de los médicos generales.

Los hallazgos del presente estudio son un punto de partida para otros estudios que

investiguen sobre los patrones de atención de pacientes con probable patología psiquiátrica, particularmente de depresión en servicios ambulatorios de medicina interna/general y a nivel de atención primaria en el sistema de salud en el Perú y Latinoamérica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg D, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. *BMJ*. 1970; 2: 439-443.
2. Schulberg H. Mental disorders in the primary care setting: Research priorities for de 1990's. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13: 156-164.
3. Harding T, De Aragón J, Baltazar J, Climent C, et al. Mental disorders in primary care health: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10: 231-241.
4. Henkel V, Mergl R, Coiné JC, Kohnen R, Allagaier AK, Ruhl E, Moller HJ, Hegerl U. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences. *J Affect Disord*. 2004; 83(2-3): 237-242.
5. Ormel J, Van der Brink W, Koeter M, Giel R, Van der Meer K, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care. *Psychol Med*. 1990; 20: 909-923.
6. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murria JL: Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-392.
7. Figueroa M, Pamo O. Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes ambulatorios. *Revista Médica Herediana* 1991; 1: 31-34.
8. Kufoy W. Determinación de niveles de depresión en pacientes con molestias gastrointestinales que acuden a consultorio de gastroenterología usando el BDI. Tesis de Bachiller en Medicina, UPCH. Lima, Perú, 1984.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tenth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, 2000.
10. Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. MEDITOR, Madrid, 1992.
11. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2004. Psiquiatría Editores, S. L. Barcelona, 2004.
12. PDR Staff. Physician's Desk Reference 2005. 59th Edition. Thomson Healthcare. Montvale, 2004.
13. PDR Staff. PDR Drug Guide for Mental Health Professionals. 2nd Edition. Thomson PDR. Montvale, 2004

14. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW Jr., Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(5): 337-45.
15. Neutel CI, Patten SB: Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use. *Ann Epidemiol* 1997; 7: 568-574.
16. Jencks S. Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA* 1985; 253: 1903-1907.
17. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, Kales HC, McCarthy JF, Blow FC. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 654-661.

Correspondencia:

Dr. Robert De La Grecca Prevoo
Calle Los Pinos D-10
La Molina- Lima 12
Teléfono: 99621998
Email: 03233@upch.edu.pe
robertodlg@yahoo.com