

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Descripción del curso y tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor durante 18 meses de seguimiento en pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Gerardo Méndez Alonzo

Asesores:

Dra. Claudia Becerra Palars

Ing. José Cortés Sotres.

Fecha: 29-06-12



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDOS

Antecedentes.....	3
Método.....	18
Resultados.....	23
Discusión.....	41
Conclusión.....	44
Referencias.....	45

ANTECEDENTES

DEPRESIÓN

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual se presentan tristeza y anhedonia. El sujeto además debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y ocupa en el tercer lugar de causas de discapacidad a nivel mundial, el octavo en países de bajos ingresos y el primer lugar en países de ingresos medios a altos. La depresión genera 50% mayor carga en mujeres que en hombres.²

Figura 1. Criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor según DSM-IV TR.¹

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

IMPACTO DE LA DEPRESION EN LA ECONOMIA Y CALIDAD DE VIDA

Como consecuencia de ser una causa severa de discapacidad como ya se mencionó la depresión también produce importantes consecuencias para la calidad de vida del paciente así como para la economía de la comunidad en donde se encuentre el individuo (así como un bajo nivel socioeconómico predispone a la depresión en este caso). Para México se ha estimado que los trastornos psiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad (DALYs). Cuatro de las diez enfermedades con mayor discapacidad, son

psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo).³ El uso de servicios por parte de los encuestados para depresión mayor fue del 21.8%.⁴ Estudios realizados en la Ciudad de México demuestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón.⁵ Berenzon en 2005 reportó que fue más frecuente entre los hombres y mujeres que perdieron su pareja y que tienen un nivel de ingreso inferior a dos salarios mínimos (6.1 y 16.9%). Las mujeres solteras con bajo ingreso económico presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor (10.7%) a diferencia de las mujeres casadas con bajos ingresos quienes reportaron una prevalencia de 3.9%. La duración y severidad del estado depresivo también cuenta para el pronóstico económico y funcional del individuo como se verá a continuación.⁶

DURACIÓN DEL EPISODIO DEPRESIVO

La mayoría de los episodios depresivos tienen una duración media de 3 a 6 meses, una minoría considerable experimenta episodios del al menos 24 meses, con rango del 9 al 24%. Esta también varía de acuerdo al tipo de trastorno. Cassano y Savino reportaron una frecuencia de episodios depresivos con una duración mayor a los 24 meses en 19.5% de los pacientes con depresión unipolar, 13.3% en pacientes con trastorno bipolar tipo II y 11.4% en pacientes con trastorno bipolar tipo I.⁷

CRONICIDAD

El Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales en su Texto Revisado (DSM-IV-TR) define un episodio depresivo mayor crónico, al que presenta sintomatología depresiva por más de 2 años.⁷

Diversos factores se han asociado a depresión crónica como mayoría de edad, episodios depresivos prolongados previos, historia familiar de episodios depresivos, comorbilidades médicas y psiquiátricas como distimia, crisis de angustia, alcoholismo y neuroticismo. La depresión crónica se relaciona con un mayor nivel de severidad en la sintomatología. Gilmer y Trivedi, encontraron que

además hay otros factores que pueden favorecer un episodio depresivo crónico como son un bajo nivel académico, intentos suicidas previos, disminución en la calidad de vida. En cuanto a la asociación de etnias y el trastorno depresivo crónico se han encontrado que existe una mayor prevalencia en pacientes de raza negra e hispana.⁸

CURSO Y PRONOSTICO DE LA DEPRESION

La edad promedio del inicio de un episodio depresivo mayor ocurre a mediados de la segunda década de la vida y, aunque el primer episodio en cualquier momento de la vida desde la infancia temprana hasta la senectud, una proporción sustancial de población cursa con su primera depresión en la infancia y adolescencia.⁹ Aunque se ha pensado que la depresión es un trastorno de duración limitada (4 a 6 meses en remitir), ahora está claro que la remisión incompleta así como las recaídas son frecuentes. El estudio de trastornos mentales de la OMS en 14 centros alrededor del mundo encontró que el 50% de los pacientes todavía persisten con el diagnóstico de depresión 1 año después.^{10, 11} Un 10% tuvo el diagnóstico de depresión crónica: 50% de las personas que experimentaron un episodio depresivo mayor tendrán al menos un episodio más y después del segundo episodio el riesgo se eleva de un 70 al 90% respectivamente.¹² La población con depresión de inicio temprano (menor a los 20 años) y al término de la vida tiene una vulnerabilidad significativa para tener recaídas. Por lo tanto, mientras que el panorama de un primer episodio depresivo mayor es alentador, para los episodios recurrentes puede ser pobre a largo plazo, con la posibilidad de que los pacientes experimenten síntomas depresivos continuos por varios años.

DEPRESIÓN Y SUICIDIO

El trastorno depresivo mayor es un factor de riesgo de suicidio consumado y, con frecuencia, los que lo consuman experimentan el proceso. No obstante, dicho trastorno y el suicidio tienen componentes hereditarios diferentes.¹³ La suicidabilidad es consecuencia de una combinación compleja y heterogénea de impulsividad, intolerancia del afecto negativo, baja tolerancia a la frustración,

ideas disfuncionales estereotipadas y distorsiones cognitivas, consumo de sustancias y dolor psíquico intolerable, cada uno de los cuales no necesariamente forma parte del síndrome.^{14, 15} Se ha encontrado que la incidencia más alta de intentos suicidas se produce 1 mes antes de comenzar tratamiento para posteriormente disminuir de manera progresiva en los siguientes 6 meses.¹⁶

REMISION Y RESPUESTA EN LA DEPRESION

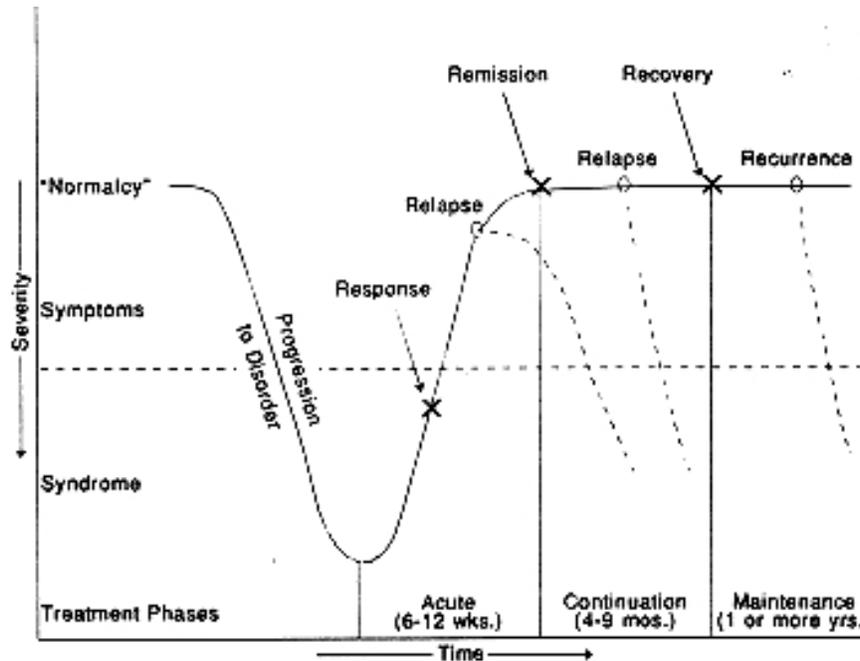
Se ha definido como remisión la ausencia de sintomatología depresiva por más de dos meses, este es el objetivo del tratamiento antidepresivo debido a que se ha asociado con una mejor función y pronóstico que una respuesta sin remisión. Respuesta es típicamente definida como una respuesta clínicamente significativa en cuanto a reducción de sintomatología (50% de los síntomas de base). Las respuestas que no alcanzan la remisión son subóptimas debido a que son asociadas síntomas discapacitantes, con efectos negativos en otros trastornos del eje I o eje III, altas tasas de recaídas y recurrencias, peor productividad laboral, funcionamiento psicosocial limitado, uso frecuente de servicios de salud y alto riesgo de suicidio.¹³

RECURRENCIA

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos calcula una tasa de recaída y recurrencia del 50 al 85% en pacientes que han tenido un episodio depresivo previo.

Más de un tercio de todos los pacientes van a presentar episodios con una duración mayor de dos años, y una tasa de recurrencia de más del 75%. Hollon (2005) reportó otros factores que se relacionan a incremento de recurrencia en trastorno depresivo mayor como son un mayor edad, edad de presentación del episodio depresivo e historial familiar de depresión. Los pacientes con depresión crónica son menos propensos a tener una recurrencia de la misma. Demostró que las mujeres tienen una tasa mayor de recurrencia que los varones. Se demostró que los pacientes que sufren una comorbilidad médica experimentan mayores tasas de recurrencia, así como mayor severidad del episodio.¹⁷

Figura 2. Las fases del tratamiento del episodio depresivo mayor, descritas por Kupfer. ¹³



MANEJO CLINICO DE LA DEPRESION

El tratamiento para el trastorno depresivo mayor puede incluir tres fases: agudo, de continuación y mantenimiento. El objetivo primario de estas fases es el lograr mantener un estado clínico estable, asintomático y con una restauración total del funcionamiento psicosocial (remisión). Los objetivos del tratamiento agudo, es remover los síntomas depresivos. Si el paciente mejora con el tratamiento, se establece una respuesta. La remisión puede ocurrir espontáneamente o con tratamiento. Si los síntomas regresan y son suficientemente severos para reunir criterios sindrómicos dentro de los primeros 6 meses que siguen a la remisión, se declara recaída (retorno de los síntomas de un episodio depresivo). El tratamiento de continuación tiene como objetivo prevenir recaídas. Una vez que el paciente se muestra asintomático 6 meses posterior al episodio depresivo mayor, se declara una recuperación. Cuando se llega a la recuperación el tratamiento de continuación puede ser detenido. Para los pacientes con

depresiones recurrentes, un nuevo episodio (recurrencia) puede ocurrir meses o años más tarde. El tratamiento de mantenimiento tiene como objetivo prevenir recurrencias.¹⁸

ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Melfi y colaboradores reportaron que la adherencia a las guías de tratamiento de la depresión con un antidepresivo el cual se administra regularmente a largo plazo por el paciente reduce el número de recaídas.¹⁹ Así mismo cuando la preferencia al tratamiento es congruente con la preferencia del paciente (si el cuadro no es severo), las tasas de adherencia al tratamiento aumentan, sin embargo no se ve modificada de manera significativa las tasas de severidad o remisión.²⁰

DEPRESION RESISTENTE A TRATAMIENTO

Existen diferentes definiciones de depresión resistente o refractaria. La más aceptada es la definición de Dunlop (2003) que la define como la que no ha respondido al tratamiento con por lo menos dos antidepresivos distintos, que han sido administrados en dosis terapéuticas y por el tiempo adecuado.²¹ La dosis varía de un antidepresivo a otro y el tiempo mínimo que se debe de esperar antes de probar otro antidepresivo es de 8 semanas. De muchos de los pacientes catalogados como resistentes en realidad no lo son sino que fueron tratados de forma incorrecta o tenían un diagnóstico distinto. Sin embargo incluso cuando las dosis, el tiempo y el apego al tratamiento son correctos existe un 10 a 25% de pacientes que no mejoran o no toleran los efectos de los medicamentos. Todo paciente que sea diagnosticado con depresión resistente debe de ser referido al médico especialista.

Pasos a seguir en pacientes con depresión refractaria:

- Descartar enfermedades como hipotiroidismo, tumores cerebrales; utilización de eventos depresores.
- Reconsiderar el diagnóstico y comorbilidad existente: trastorno obsesivos-compulsivo, trastorno de personalidad, espectro bipolar y adicciones.

- Elevar dosis terapéutica de antidepresivo al máximo.
- Sustitución por otro antidepresivo: se cambia por un antidepresivo con un mecanismo de acción diferente.
- Si hay alto riesgo de suicidio o la anorexia es severa considerar terapia electroconvulsiva.
- Si el diagnóstico es reconsiderado como depresión psicótica, añadir un antipsicótico al antidepresivo o indicar terapia electroconvulsiva (TEC).²²

Cinco tratamientos ha recibido aprobación para el tratamiento de la depresión refractaria incluyendo tres procedimientos (TEC, estimulación vagal, estimulación magnética transcraneal), un medicamento (el antipsicótico aripiprazol) y un suplemento alimenticio (L-metilfolato), además se están creando nuevas alternativas como la estimulación cerebral profunda así como nuevos medicamentos que esperan su aprobación para los siguientes años.²³

GUIAS DE TRATAMIENTO

Las guías de tratamiento son estatutos sistemáticamente desarrollados con la finalidad de ayudar al clínico y al paciente a tomar decisiones apropiadas para el tratamiento de una condición específica. Son realizadas con la mejor evidencia disponible, usando métodos predeterminados y sistemáticos para identificar y evaluar la relación con la patología en cuestión. Las guías de tratamiento tiene fueron planeadas con la intención de mejorar los procesos y resultados de diferentes maneras. Pueden:

- Proveer recomendaciones basadas en evidencias recientes para el manejo de diferentes condiciones a cargo de profesionales de la salud.
- Ser usadas como base para establecer estándares, en cuento a la evaluación de las prácticas de profesionales de la salud.
- Ayudar a la población con depresión así como a sus cuidadores en tomar decisiones informadas acerca de su cuidado y tratamiento
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, población con depresión y sus cuidadores
- Ayuda a identificar áreas de prioridad para investigación futura.²⁵

USOS Y LIMITACIONES DE LAS GUIAS DE TRATAMIENTO

Las guías de tratamiento no son un sustituto del conocimiento profesional ni del juicio clínico. Pueden ser limitadas tanto en su uso como aplicación por diversos factores: la disponibilidad de evidencia de alta calidad, la calidad de la metodología usada en el desarrollo de la guía y la generalización de los hallazgos de investigación ante la presencia de características únicas de la depresión de cada individuo. Sin embargo siempre habrá poblaciones y situaciones específicas en donde no aplican las recomendaciones de las guías de tratamiento. Las guías de tratamiento no sobrepasan la responsabilidad de los profesionales de la salud mental para tomar decisiones apropiadas para el individuo en cuestión.²⁵

ADHERENCIA A LAS GUIAS DE TRATAMIENTO PARA DEPRESION

Sobre las décadas pasadas, tratamientos psicológicos y biológicos han sido desarrollados y varias guías de tratamiento han sido recopiladas con la finalidad de mejorar la calidad del tratamiento. La adherencia a la guías han mostrado una mejoría en el pronóstico, pero todavía sigue siendo cambiante durante la práctica clínica. Schneider (2005), evaluó el tratamiento intrahospitalario de 1202 pacientes en Alemania, en relación al pronóstico de tratamiento y las guías del mismo, encontrando que en la gran mayoría de los casos se mantuvo un apego a las guías y reportando una mejora significativa en la sintomatología así como en la tolerancia del paciente al mismo. Sin embargo este estudio se replicó en pacientes hospitalizados y no se cuenta con información suficiente para los tratamientos apegados a las guías de tratamiento en pacientes ambulatorios que padecen un trastorno depresivo mayor.²⁶

ESTUDIOS ACERCA DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Se han realizado múltiples estudios acerca de la evolución y respuesta del trastorno depresivo mayor al tratamiento farmacológico.

PROYECTO STAR-D

El proyecto de alternativas de tratamiento secuenciadas para aliviar la depresión (STAR-D por sus siglas en inglés), es un estudio multicéntrico en el cual participan pacientes reclutados de 18 centros de primer nivel y 23 centros especializados en Estados Unidos.

Este proyecto tiene como objetivo principal definir prospectivamente cual de los diversos tratamientos existentes son más efectivos para pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión no psicótica, que tienen una respuesta insatisfactoria a un tratamiento inicial, o si es necesario, a tratamientos subsecuentes.

Los pacientes enrolados en este estudio son tratados inicialmente con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS). Los pacientes que no alcancen una remisión satisfactoria de síntomas en un plazo de 12 meses son susceptibles de entrar a uno o más estudios clínicos, que incluyen diferentes secuencias de combinación de medicamentos o terapia cognitivo conductual, esto a través de cuatro niveles posibles. Los pacientes que respondan adecuadamente a algunos de estos, entran a un estudio naturalístico por 12 meses. En este proyecto se evalúan varias características del curso natural de la depresión. En un primer intento para definir las características clínicas de pacientes ambulatorios, así como riesgo para la recurrencia, se evaluaron diversas variables como la distribución de las tasas de recurrencia, la correlación de diversos factores demográficos y recurrencia, las características clínicas de los pacientes que sufren recurrencia de un trastorno depresivo mayor, así como fortalezas y limitaciones de la definición de recurrencia en el trastorno depresivo mayor. En este último rubro se encontró que los pacientes con un primer episodio depresivo los puntajes más bajos en cuanto a los índices psicopatología evaluados (60%). Siguiendo en severidad los grupos de 2 a 4 episodios y los de más de 5 episodios con los puntajes más altos de severidad.¹⁵

GUIA DE TRATAMIENTO NICE

Las guías de tratamiento para depresión del Instituto Nacional de Excelencia Clínica fueron desarrolladas por las autoridades especiales de salud de Inglaterra y Gales en 1999, con el objetivo de mejorar los estándares de calidad y disminuir variaciones en la atención a través de ese país. Fueron creadas, enfocadas en el tratamiento de la depresión como un diagnóstico primario, con objetivo primordial de mejorar el acceso y el apego hacia tratamiento psiquiátrico. Para el desarrollo de estas guías se hicieron 14 reuniones de un grupo de trabajo en donde se revisó evidencia clínica y económica para realizar las formulaciones enfocándose en tres tópicos principales, como son las intervenciones físicas y farmacológicas, psicológicas y psicosociales y servicios generales. La evidencia se extrajo de distintas fuentes de información como la base de datos Cochrane, el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford. La red de Guías Clínicas de Escocia. Los datos fueron examinados por miembros del Grupo de Desarrollo de Guías Clínicas. Y las recomendaciones fueron realizadas basadas en las fortalezas de la evidencia sustentable. Estos dos estudios, son los principales antecedentes que evalúan el curso y el tratamiento del trastorno depresivo mayor, al realizarse estos proyectos, se puede realizar una aproximación terapéutica más precisa, un tratamiento más adecuado lo cual mejora sustancialmente el pronóstico del paciente que sufre un trastorno depresivo mayor.²⁶

GUIAS PRÁCTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA).

Estas fueron desarrolladas bajo la dirección del Comité de Guías Prácticas de la APA. Las características principales de esta guía es la de tener una revisión comprensiva acerca de los ensayos clínicos controlados y series de casos. Se desarrollaron de tablas de evidencia que aborden los puntos clave de cada estudio. El anteproyecto inicial de este texto fue iniciado por psiquiatras con amplia experiencia clínica y en investigación acerca de la depresión, además de ser revisado múltiples veces por más de 15 organizaciones psiquiátricas. Una

revisión final por un panel de expertos independiente con la finalidad de evitar sesgos y conflictos de interés. La aprobación por el Comité Académico de la APA, revisiones planeadas del texto en fechas específicas. Los datos se recolectaron utilizando el buscador de literatura médica de investigación PubMed, así como la base de datos Cochrane para la extracción de meta-análisis y ensayos clínicos, desarrollando las recomendaciones de tratamiento basados en la evidencia científica más sólida disponible. Esta obra presenta una síntesis del conocimiento científico y razonamiento clínico más reciente para consideraciones en el tratamiento del paciente con depresión. Se diseñó tratando de evitar la mayor cantidad de sesgos hacia cualquier aproximación empírica del tratamiento. Las recomendaciones están organizadas de acuerdo al nivel de confianza de la evidencia que las fundamentan, dependiendo de la fuerza metodológica de la evidencia.²⁷

En nuestro país existen las siguientes guías de manejo clínico y tratamiento para el trastorno depresivo mayor:

GUIAS PRACTICAS PARA EL MANEJO DEL ESPECTRO DEPRESION Y ANSIEDAD. UNAM.

Desde 1998, la Universidad Nacional Autónoma de México ha realizado guías para diagnóstico y manejo del espectro depresión-ansiedad, realizando un Consenso Nacional, con la participación de especialistas de varias ciudades de la República Mexicana, cuyo contenido está basado en revisiones de meta-análisis de artículos clásicos y la información disponible más reciente. En el año 2007, se realizó una cuarta actualización a esta guía en donde se reunieron 18 psiquiatras de la Ciudad de México. Esta está conformada por 7 partes, que en general abordan fundamentos y relación entre depresión-ansiedad, epidemiología y repercusiones sociales. Se aborda el diagnóstico sindromático de acuerdo a la clasificación del DSM-IV-TR y en la CIE-10. Se dedica otra sección al tratamiento psiquiátrico haciendo gran énfasis en el manejo farmacológico. Se analizan los factores de remisión, recurrencia además de la prevención del mismo. Además se realizó una revisión breve del estudio

PREVENT (Prevention of Recurrent Episodes of Depression with Venlafaxine XR for Two years) resaltando su importancia en el tratamiento y prevención de síntomas depresivos. Se incluyen variables sociodemográficas y aspectos psicosociales como suicidio, depresión en niños y adolescentes, en ancianos y por género.²²

GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. IMSS.

En agosto del 2009 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) publicó la Guías de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto que fue elaborada con la participación de personal médico de unidades familiares, hospitales y unidades médicas de alta especialidad bajo la supervisión de la división de excelencia clínica de dicha institución. Esta se integrará al Catálogo Maestro de Práctica Clínica, de acuerdo con la y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible. Se incluyen evidencias y recomendaciones basadas en diferentes guías de práctica clínica (Guías NICE 2008, Guía Clínica de Tratamiento Asociación Psiquiátrica Americana 2005, Guía de Práctica Clínica para Manejo de Depresión, Madrid 2008) en cuanto a prevención primaria secundaria y terciaria, así como árboles de decisiones, algoritmos y opciones de tratamiento farmacológico.²⁸

TASK FORCE DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE NEUROPSIQUIATRÍA (CINP)

Uso y utilidad de los antidepresivos (revisión técnica de la evidencia)

Posteriormente a que se realizara el consenso latinoamericano de “Uso y Utilidad de los Antidepresivos en América Latina, una Revisión Técnica de las Evidencias”, se determinó como segundo paso, conformar grupos de trabajo nacionales invitando a expertos den el área de los trastornos afectivos (principalmente el área de la depresión) y utilizar el documento realizado por la Task Force del Colegio Internacional de Neuropsiquiatría (CINP), dirigido y

coordinado por el profesor Norman Sartorius. En el año 2008 se reunió en México un comité de médicos con experiencia en el tratamiento de la depresión reunidos en un mesa de trabajo, en donde se procedió a la revisión de puntos del documento base como el contexto para la utilización de los antidepresivos, propiedades farmacológicas y clínicas de Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (ISRS) y Duales. Además se elaboró una Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión, con la finalidad de difundir entre los médicos los conocimientos, normas y criterios de actualización para un buen desempeño funcional. Mediante el procedimiento de consenso se busca respaldar al médico que toma decisiones para el cuidado eficaz, seguro y oportuno de sus pacientes.²⁹

En el INPRF, Villamil (2000), identificó las causas principales para la recaída y recurrencia en la depresión, así como el tratamiento recibido durante estos periodos y la comorbilidad de pacientes deprimidos que presentan otras enfermedades (trastornos psiquiátricos del Eje I y Eje II y problemas psicosociales con el grupo primario de apoyo) según el DSM-IV. En este se revisaron 385 expedientes de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que fueran atendidos en el servicio de consulta externa y hospital del INPRF. Encontrando que de los pacientes estudiados 51.2% presentó un primer episodio de depresión mayor, 37.4% recurrencias, 5.6% recaídas y del 6% no se logró identificar el tipo de cuadro depresivo. La edad media de los pacientes con episodio único fue de 41 años, para recaídas 49 años y para recurrencias 47 años. Se encontró también que la comorbilidad más comúnmente presentada eran los trastornos de ansiedad en un 43%, psicosis (30%) y distimia (30%). Se asoció una mayor prevalencia de depresión con rasgos de personalidad del grupo C. En cuanto al tratamiento en ese momento los psicofármacos más prescritos eran antidepresivos tricíclicos y benzodiacepinas, respecto a esto se comentó que el abandono del tratamiento predice en forma significativa la probabilidad de recurrencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida, es decir 2 veces más riesgo de recaer en caso de abandono de tratamiento.³⁰

También se han realizado estudios que demuestran el impacto de la depresión en la calidad de vida de los pacientes, en la tesis para Maestría en Ciencias Mendieta (2003) determinó la relación entre la calidad de vida y la severidad de la depresión, además de comparar la modificación sobre la calidad de vida y depresión con tratamiento antidepresivo, empleando dos métodos diferentes (escalas globales y dimensionales). En este estudio se concluyó que la correlación entre evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión, así como la correlación entre los cambios después del tratamiento antidepresivo en las evaluaciones de calidad de vida global y multidimensional es mayor que la correlación entre los cambios en las evaluaciones globales de calidad de vida y depresión.³¹

MÉTODO

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas, evolución y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que inician atención en consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”?

JUSTIFICACIÓN

En el ramo de la salud mental existen guías de manejo y tratamiento para trastorno depresivo mayor, sin embargo en el INPRF desconocemos el apego hacia estas guías, y que impacto pueden tener en la evolución y pronóstico de pacientes con este trastorno. En nuestra Institución contamos con un manual de procedimientos que nos muestra el proceso de atención y criterios para concertar citas dependiendo del criterio clínico de gravedad del trastorno (de todos los trastornos psiquiátricos incluyendo los afectivos), sin embargo no contamos con una guía clínica estandarizada para manejo de pacientes con depresión ni contamos con datos acerca de la efectividad del mismo. Conocer el tipo de población y el manejo habitual del paciente con trastorno depresivo mayor resulta útil para estandarizar guías de tratamiento, así como formar árboles de decisiones que pueden impactar en el pronóstico de estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el curso y tratamiento del trastorno depresivo mayor durante 18 meses en pacientes que asisten a la consulta externa del INPRF.

Objetivo Específico

- Describir las características clínicas durante 18 meses en consulta externa en el INPRF.
- Evaluar la evolución del trastorno
- Describir el tratamiento farmacológico

HIPÓTESIS

- Debido a que este protocolo es de características descriptivas no se aplica hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación de Feinstein: Descriptivo, retroelectivo, de escrutinio, longitudinal y homodémico.

POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que ingresaron por primera vez a recibir atención al servicio de consulta externa del INPRFM en el periodo comprendido entre el 26 de diciembre de 2009 y 25 de marzo de 2010, esta cohorte está formada por 300 pacientes, de los cuales se revisaron sus respectivos expedientes clínicos y datos en el sistema de citas de la Consulta Externa. El tamaño de muestra considerado permitirá efectuar inferencias para las variables categóricas con un error del 5.0%, confiabilidad del 95.0% y potencia del 90.0%.

MUESTREO

Será de tipo accidental o por cuotas en el tiempo establecido para su inclusión a este protocolo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR con base en el diagnóstico CIE-10 reportado en la nota de preconsulta.
- Pacientes masculinos o femeninos.
- Edad mayor a 14 años.

- Con preconsulta entre el 26 de diciembre de 2009 al 25 de marzo del 2010

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que en su expediente se manifieste un cambio de diagnóstico.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Las variables utilizadas en este protocolo se utilizan para finalidad descriptiva y no de correlación de las mismas, se describen en el siguiente cuadro:

Variable	Tipo	Medición
Sexo	Categórica	Femenino / Masculino
Estado civil	Categórica	Con pareja / sin pareja
Escolaridad	Dimensional	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Uso de Sustancias	Dimensional	Si/No
Abuso de sustancias	Categórica	Si/No
Dependencia de sustancias	Categórica	Si/No
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	Categórica	Si/No (Expediente clínico)
Comorbilidad psiquiátrica	Dimensional	Si/No
Comorbilidad médica	Categórica	Si/No (Expediente clínico)
Antecedentes Depresión	Categórica	Si/No
Antecedentes Ansiedad	Categórica	Si/No
Antecedentes Psicosis	Categórica	Si/No
Intentos Suicidas previo	Categórica	Si/No
Diagnóstico CIE-10	Categórica	Si/No Expediente Clínico
Número de médicos tratantes	Ordinal	Sistema Consulta Externa
Días de tratamiento en consulta	Ordinal	Sistema Consulta Externa
Nivel Socioeconómico	Ordinal	Sistema Consulta Externa
Síntomas psicóticos	Categórica	Si/No

Variable	Tipo	Medición
Medicamentos durante el tratamiento	Categórica	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, tricíclicos, antidepresivos duales, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, benzodiacepinas, carbonato de litio.
Dosis recibida	Dimensional	Gramaje.
Número de consultas asistidas	Ordinal	Expediente clínico
Número de consultas no asistidas	Ordinal	Expediente clínico

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1. Base de Datos Clínicos de la Cohorte

Este incluirá datos sociodemográficos, características del trastorno depresivo mayor, estudios realizados y tratamientos a lo largo de un año que se recolectarán en una base de datos especialmente diseñada para la captura y análisis de expedientes de la cohorte

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROCEDIMIENTO

Se revisaron 300 expedientes de la cohorte: dentro de esta se recolectaron datos de la evolución del trastorno depresivo mayor en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente formada por pacientes con depresión unipolar que hayan ingresado a partir del periodo del 25 de diciembre del 2009 al 26 de marzo del 2010. Para recabar estos datos se evaluaron 30 expedientes semanalmente. En estos se recabó información relacionada al curso clínico del trastorno depresivo mayor (evolución del paciente, remisión, deserción, tipo de fármaco, número de médicos tratantes).

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La descripción de las características demográficas, clínicas y costos de la muestra se realizarán mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Se trata de una investigación sin riesgo ya que se recolectarán datos directamente del expediente clínico, utilizando el formato de recolección de datos creado específicamente para este estudio.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Se determinó la revisión de 300 expedientes del Archivo Clínico del Instituto Nacional de Psiquiatría correspondientes a pacientes que acudieron a consulta externa de dicha unidad y que fueron diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Mixto depresivo y ansioso (CIE 10 - F412), así como trastornos mentales no especificados (CIE 10 - F99). Se presentaron al servicio de preconsulta en el periodo que comprende diciembre de 2009 a febrero de 2010 y se evaluó de manera longitudinal su seguimiento en consulta externa hasta febrero de 2012. Se eliminaron 14 expedientes de la búsqueda ya que su diagnóstico de preconsulta cambió a otro diferente de los ya mencionados.

Características de la muestra

De la cohorte original se eliminaron 14 expedientes debido a que al revisarlos no cumplían con los criterios de inclusión, quedando 286 expedientes que continuaron su curso en consulta externa. De estos, 237 pacientes acudieron a su historia clínica respectiva y al mismo tiempo solo 200 se presentaron a su cita subsecuente.

En los expedientes revisados, se documentaron 1824 notas clínicas, de un total posible de 2201 (haciendo comparación con el sistema de asistencia de la Consulta Externa), cabe destacar que se incluyeron las notas que refirieron faltas a sus citas; así esto representa el 82.9%, de notas en el expediente clínico en comparación con el total posible. Si consideramos únicamente las notas que notifican citas asistidas a la valoración médica, existe un reporte de 1439 notas que reportan asistencia de un total posible de 1608, lo que representa un 89.5% de este total. Así mismo se reportaron en las notas clínicas un total de 385 faltas a la citas de un total posible de 593 citas registradas en el sistema de la consulta externa lo que representa un 63.9% de notas que indicaron faltas a sus respectivas citas. En cuanto a los días asistidos a partir de la preconsulta encontramos que 46 pacientes tuvieron un seguimiento de un día ya que fueron

referidos a otras unidades. El promedio de días de seguimiento en consulta externa a partir de la preconsulta fue de 236 días para las mujeres y de 159 días para los varones; presentando un promedio general de 214 días de seguimiento a partir del ingreso al servicio.

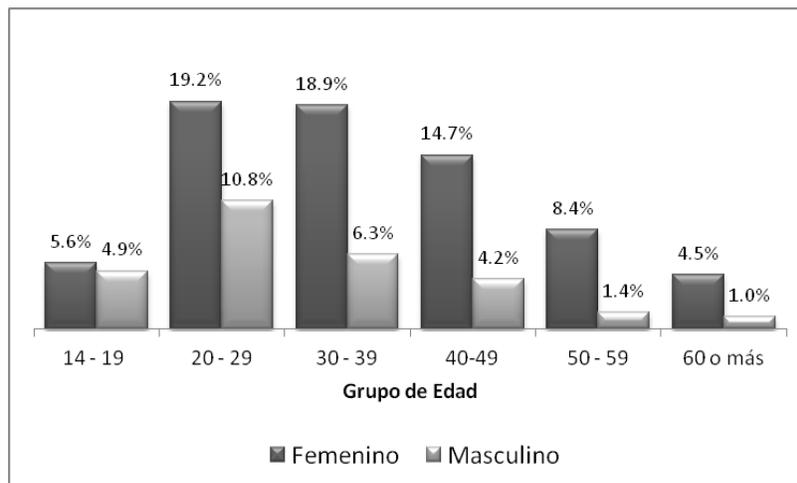
Solo en 157 de los 286 expedientes revisados se reportó el estado o evolución del paciente en alguna de sus notas, por lo que de la solo lectura del expediente, no es posible el conocer el resultado de los tratamientos ni se puede hacer referencia hacia que fármaco tuvo un tratamiento más eficaz que otro.

Características sociodemográficas de la muestra

Edad

La edad de la cohorte se encontró en su mayoría en el rango de los 20 a 29 años (30%), seguido por el grupo dentro de los 30 a 39 años (25.2%), encontrándose una proporción de 19.2% en la segunda década de la vida, por 18.9% en la tercera. Para los hombres entre 20 y 30 años se encontró una proporción de 10.8% y de 6.6% para los de la tercera década de la vida.

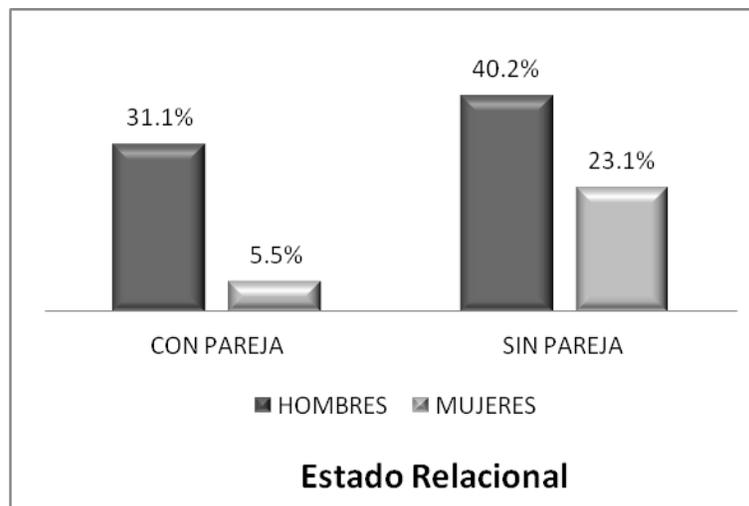
Figura 3. Distribución del la cohorte por edad y sexo.



Estado Marital

Del total de pacientes de la cohorte revisada estos correspondieron a 82 pacientes masculinos y 204 pacientes femeninos. En cuanto al estado civil se encontró que 105 (36.7%) pacientes de la cohorte contaban con pareja mientras que 181 (63.2%) no contaban con pareja; de los que no cuentan con pareja 115 (40.2%) fueron mujeres y 66 (23.1%) varones así como de los que si contaban con ella eran 16 (40.2%) mujeres y 89 (23.1%) varones.

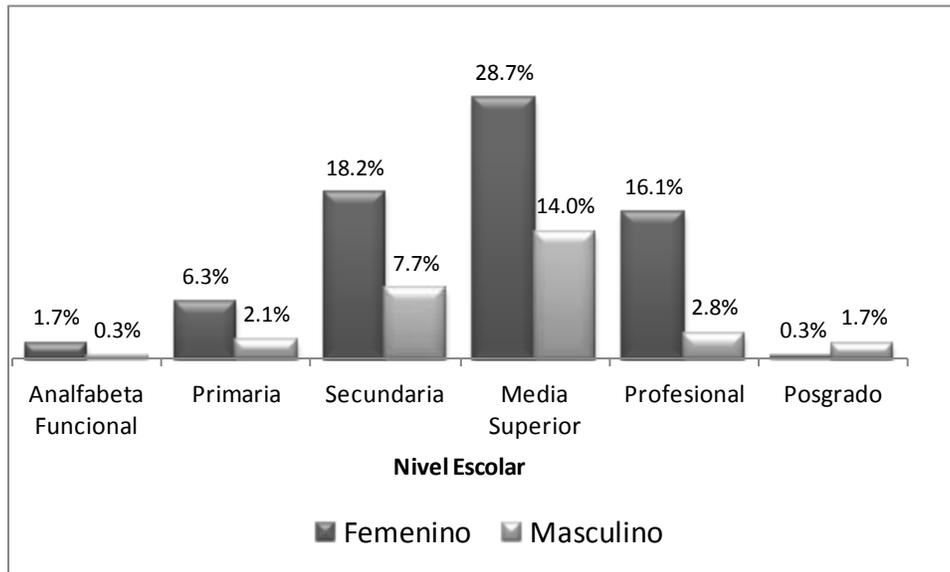
Figura 4. Distribución del estatus relacional de la cohorte por sexo



Escolaridad

La escolaridad de la cohorte comprendió desde la no escolaridad hasta posgrado, siendo la más frecuente la educación de nivel medio superior (42.7%) y la educación secundaria (25.9%). El resto de los pacientes se encuentra en un escolaridad que abarca la primaria, la carrera técnica, el posgrado o un nulo grado de estudios (40.5%).

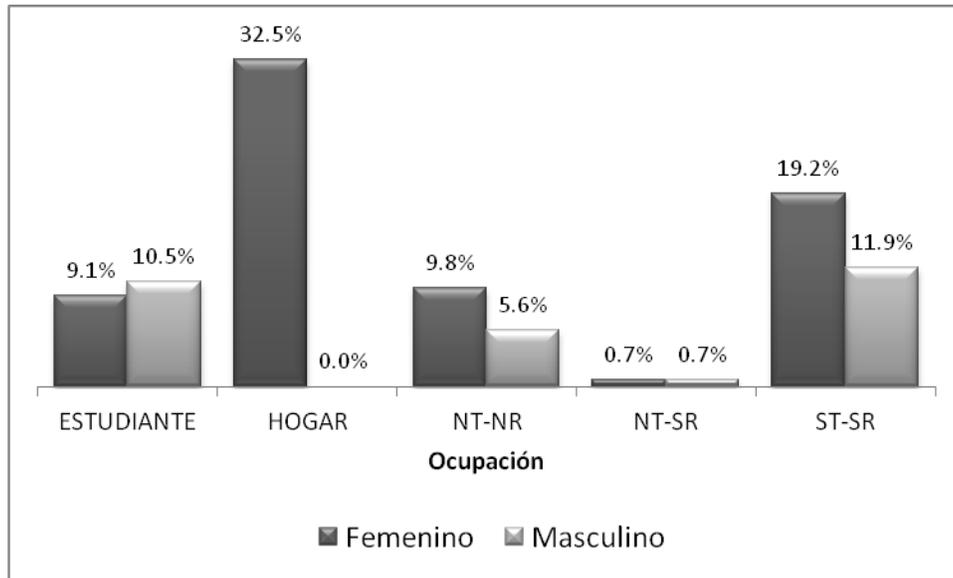
Figura 5. Distribución por género de la escolaridad de la cohorte



Ocupación

Las ocupaciones de la cohorte también presentó variaciones en la misma siendo la más común la actividad en el hogar (32.5%), seguido de empleos remunerados en un 31.1% (ST-SR), se observó que 19.6% eran estudiantes, así como desempleados en un 15.4% (NT-NR), se encontró por último que los pacientes que no trabajaban pero que si eran remunerados (jubilados), tuvieron una proporción del 1.4% de la cohorte.

Figura 6. Ocupaciones de la cohorte por género



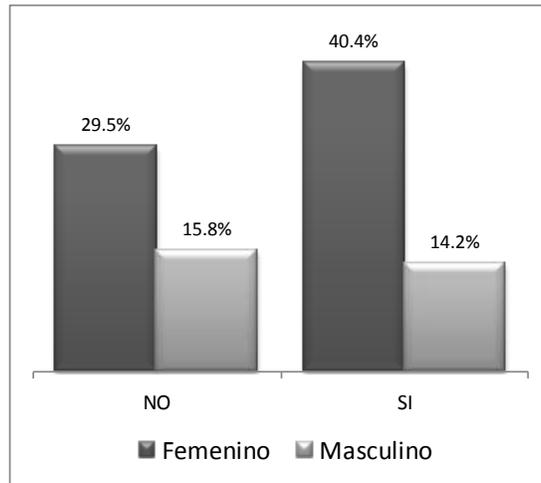
Diagnósticos

En cuanto al diagnóstico de preconsulta, el más prevalente fue el trastorno depresivo recurrente episodio moderado (F331) en 207 pacientes (72.3%), seguido por el episodio depresivo mayor moderado el cual se presentó en 35 pacientes (12.23%), el resto de los pacientes presentaron otros diagnósticos que corresponden a la comorbilidad de abuso de polisustancias (F100 – F200), así como otros tipos de trastornos depresivo unipolares (15.1%).

Antecedentes personales de trastornos psiquiátricos

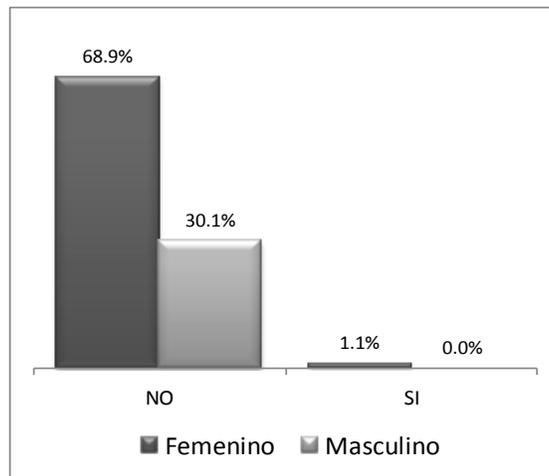
Se encontraron diversos antecedentes de diversos trastornos psiquiátricos para la cohorte. Para reportar estos datos se consultó la hoja de concentración de datos que se llena después de la realización de las historias clínicas. Encontramos que un 54.6% de los pacientes que acudieron a historia clínica, tuvieron al menos un antecedente de trastorno afectivo, teniendo un mayor porcentaje el grupo de las mujeres con un 40.4%, mientras que los hombres representaron un 14.2%.

Figura 7. Antecedentes personales de trastornos afectivos



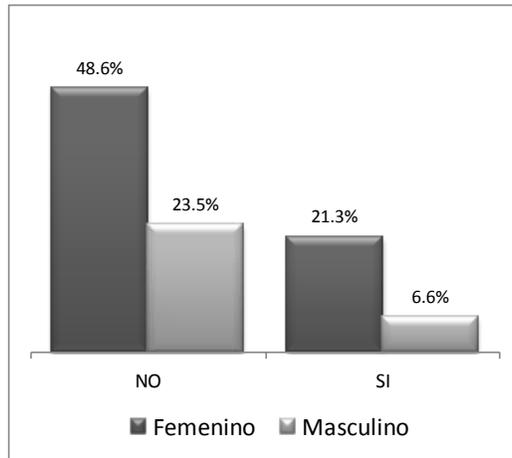
Por lo contrario, se encontró una baja incidencia de antecedentes de trastornos psicóticos, representando solamente un 1.1 de la cohorte y perteneciendo en su totalidad a individuos del sexo femenino.

Figura 8. Antecedentes personales de trastornos psicóticos



En el caso de antecedentes de trastornos ansiosos, se encontró un total de 27.9% de la muestra, siendo el 21.3% por mujeres y un 6.6% por varones.

Figura 10. Antecedentes personales de trastornos de ansiedad

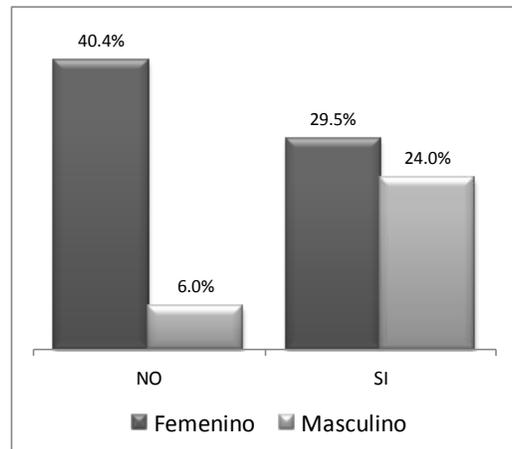


Antecedentes de uso de sustancias

Otro importante rubro que presentó la cohorte fue la del antecedente de consumo de sustancias psicotrópicas (entre ellas el alcohol y el tabaco), este fue reportado en la hoja de concentración de datos de la historia clínica y acotamos que no se hace distinción si el consumo de abuso o dependencia de la sustancia en cuestión.

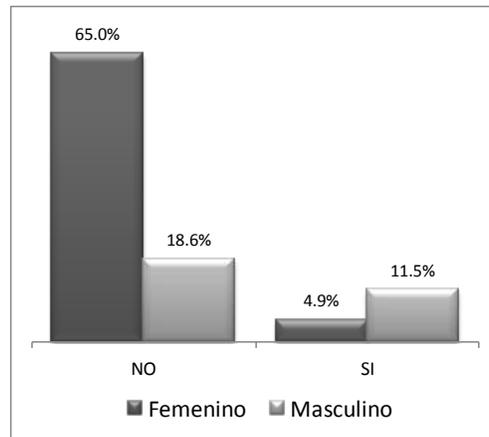
Para el antecedente de consumo de etanol se reportó que 49.5% del total de la cohorte había estado en contacto con esta sustancias, en donde las mujeres presentaron un mayor porcentaje con 29.5% del grupo mientras los hombres reportaron un 24% del consumo del grupo.

Figura 11. Antecedente de consumo de Etanol



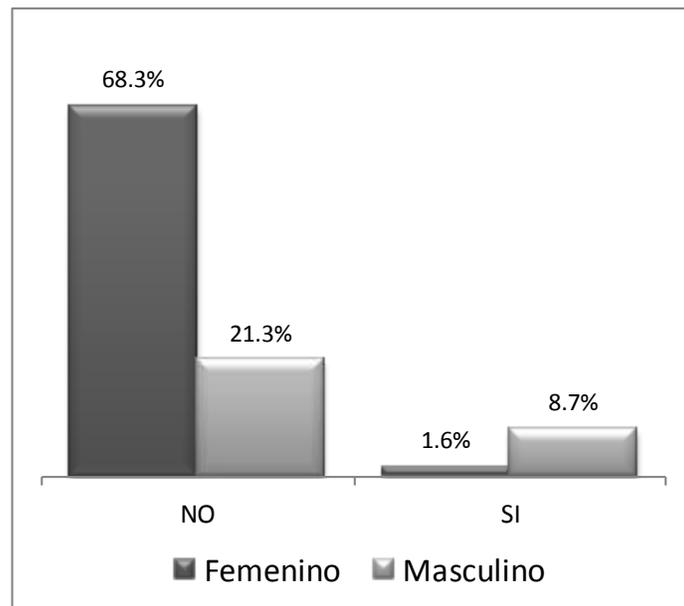
El antecedente de consumo de cannabis, representó un menor porcentaje en la cohorte con un total de 16.4%. Siendo los varones los que tuvieron una mayor incidencia con un 11.5%, mientras que las mujeres se reportaron en un 4.9% del grupo.

Figura 12. Antecedente de uso de cannabis



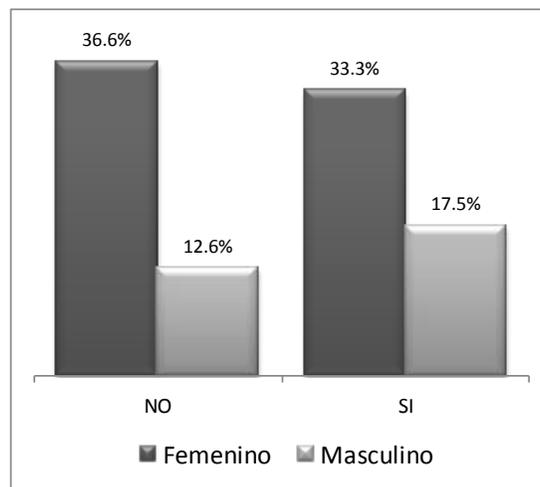
El antecedente de consumo de cocaína representó un porcentaje menor en el grupo de la cohorte en donde se reportó un total de 10.3% en donde los varones nuevamente presentan la mayoría con un 8.7% frente a un 1.6% por parte de las mujeres.

Figura 13. Antecedente personales de uso de cocaína



Y finalmente haciendo un total de los antecedentes de trastornos psiquiátricos presentados por los miembros de la muestra se encontró que al menos la mitad de los mismos habían presentado un trastorno (50.8%), mientras que en total se encontró las mujeres presentaron una mayor cantidad de antecedentes de cualquier índoles con un 33.3% mientras que los varones representaron un 17.5%, cabe destacar que los antecedente de consumo de sustancias psicoactivas en general fueron más frecuentes en miembros del sexo masculino.

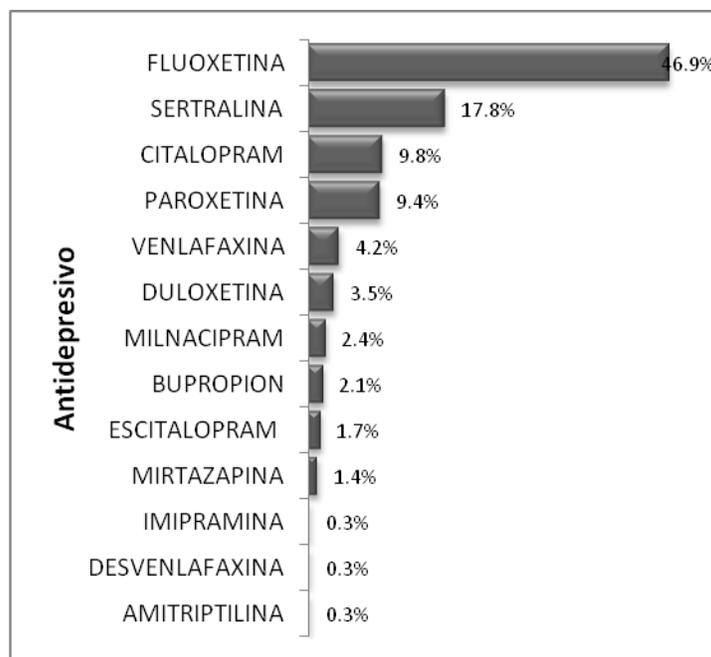
Figura 14. Trastornos psiquiátricos previos



Tratamientos biológicos de la cohorte.

Durante la evaluación los fármacos antidepresivos más recetados fueron del grupo de inhibidores selectivos de de recaptura de serotonina (ISRS), y en este grupo particularmente la fluoxetina tuvo más prescripciones 46.9% de la cohorte, seguidos por sertralina con 17.8%, citalopram (9.8%), paroxetina (9.4) y escitalopram con 1.7%; los fármacos de acción dual incluyeron a la venlafaxina con 4.2%, duloxetina con 3.5%, milnacipram (2.4%), mirtazapina (1.4%) y desvenlafaxina con 0.3%. El grupo de antidepresivos tricíclicos que incluyeron a la imipramina y amitriptilina fueron escasamente indicados con 0.3% por cada uno de ellos. Finalmente los inhibidores de recaptura de dopamina y adrenalina representados por el bupropión fueron indicados en un 2.1%.

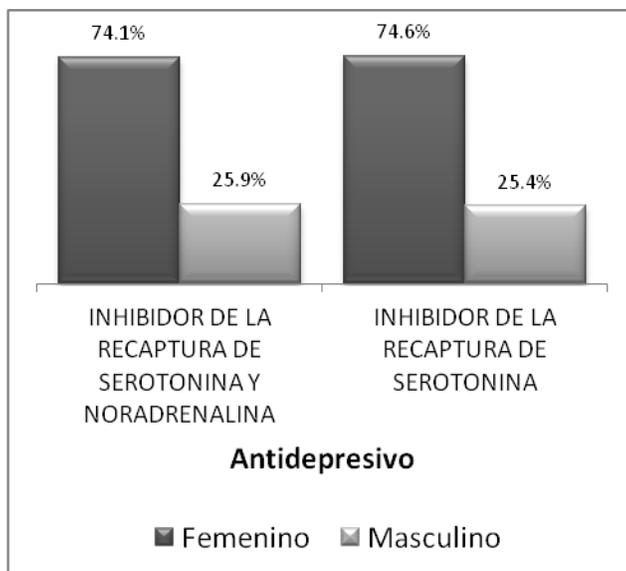
Figura 15. Antidepresivos más utilizados por la cohorte



Distribución de antidepresivos por sexo

La distribución de antidepresivos por género tuvo un claro predominio para el sexo femenino. Para la administración de ISRS se encontró una distribución de 74.6% en mujeres por 25.4% en varones, así mismo para los antidepresivos duales las prescripciones fueron realizadas en 74.1% de las mujeres por 25.9% en varones.

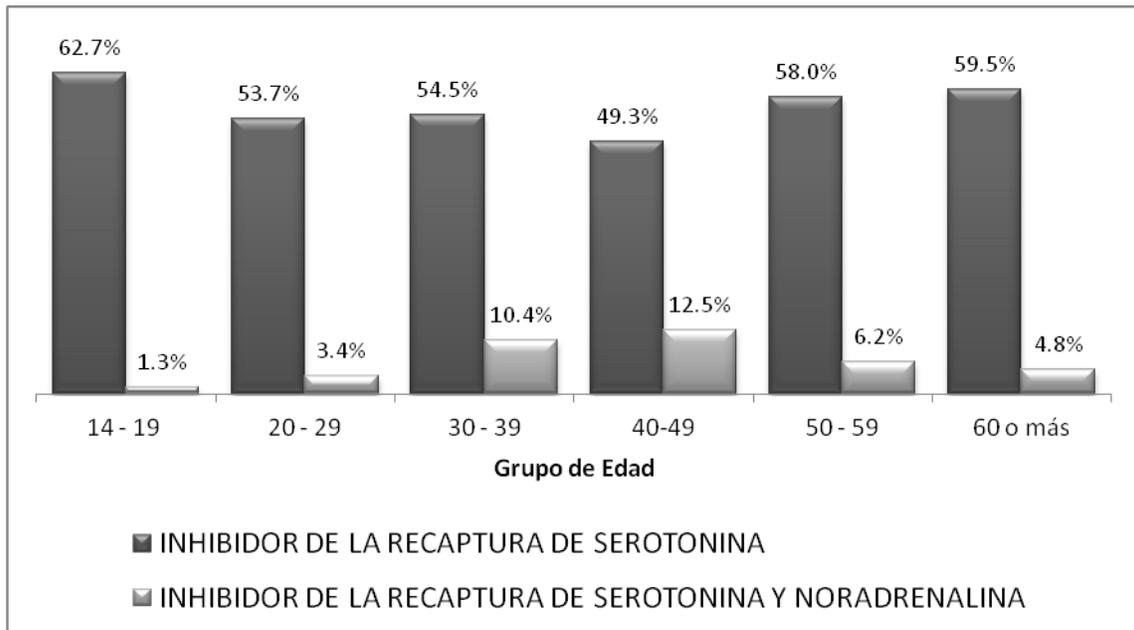
Figura 16. Porcentajes de los grupos de antidepresivos más utilizados por género



Distribución de antidepresivos por edad

Se observaron distribuciones similares en los grupos de edad a los que se les administraron ISRS, encontrando una mayor prevalencia en el grupo de 14 a 19 años con un 62.7% seguido por el grupo de 60 o mas años con un 59.5%, le siguen el grupo de 50 a 59 años con un 58%, el de 30 a 39 años con 54.5%, el de 20 a 29 con 53.7% y con la prevalencia más baja el de 40 a 49 años con un 49.3%. En cuanto a los antidepresivos duales, se encontró la prevalencia más alta en el grupo de 40 a 49 años con 12.5%, seguido por el de 30 a 39 años con 10.4%. El grupo de 50 a 59 años tuvo un 6.2% y el de 60 años o más 4.8%. Finalmente la prevalencia más baja se encontró en el grupo de 14 a 19 años con 1.3%.

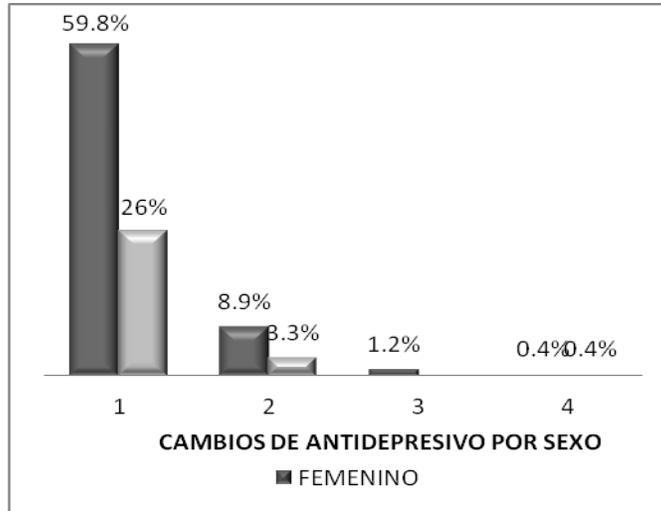
Figura 17. Porcentaje de grupos de antidepresivos más utilizados por grupo de edad



Cambio de antidepresivo por sexo

De los 247 pacientes a los cuales se les recetó alguna medicación antidepresiva, se detectaron hasta 4 cambios de medicamentos. Encontrándose el uso de un solo medicamento en la mayoría de los expedientes (85.8%) y en su mayoría para mujeres (59.8%), posteriormente se disminuyó de manera drástica la población quedando un 12.2% con 2 cambios de medicamentos, con un tercer cambio un 1.2% y un escaso 0.8% para cuatro cambios de antidepresivo.

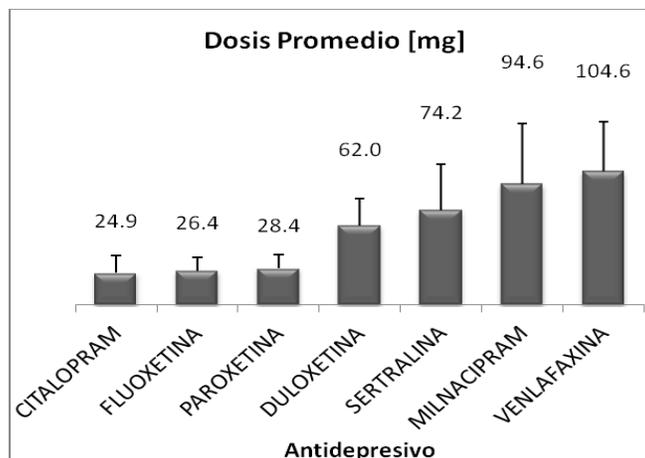
Figura 18. Porcentaje del número de cambios de antidepresivos por género.



Dosis de antidepresivos

Obtuvimos el promedio de de los antidepresivos más prescritos siendo los de mayor dosis los antidepresivos duales como la venlafaxina con 104.6mg, seguido por milnacipram con 94.6mg, y duloxetina con 62mg. Entre los ISRS destaca la sertralina con una dosis promedio de 74.2mg, paroxetina con 28.2, fluoxetina con 26.4mg y citalopram con 24.9mg.

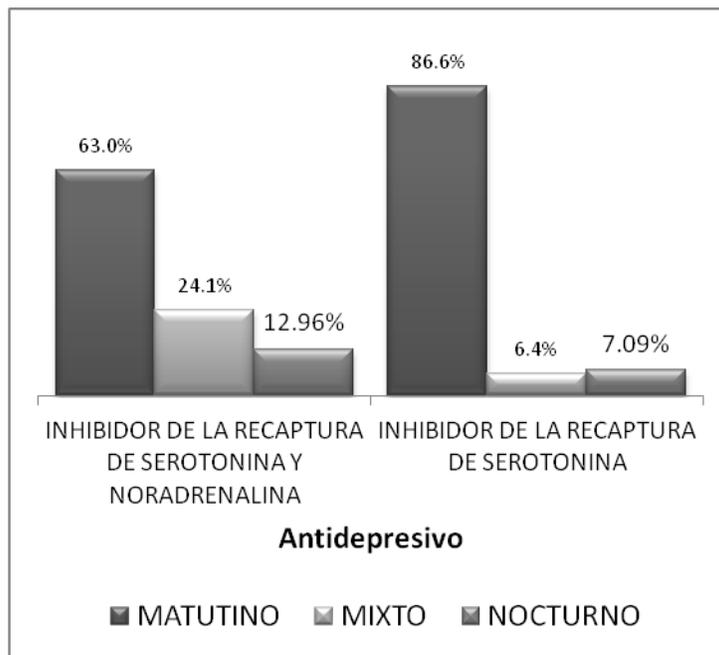
Figura 19. Dosis promedio de los principales antidepresivos utilizados.



Horario de administración de antidepresivos

Los antidepresivos fueron prescritos en su mayoría por la mañana. Para el grupo de ISRS se encontró que 86.6% fueron administrados por la mañana, solo un 6.4% en horario mixto (matutino y vespertino, vespertino y nocturno, etc.), y 7.09% en horario nocturno. Una distribución similar se encuentra con los inhibidores de tipo serotonina y noradrenalina en donde se documentó un 63% de prescripciones matutinas, un 24.1% en prescripciones mixtas y tan solo un 12.6% de tipo nocturno.

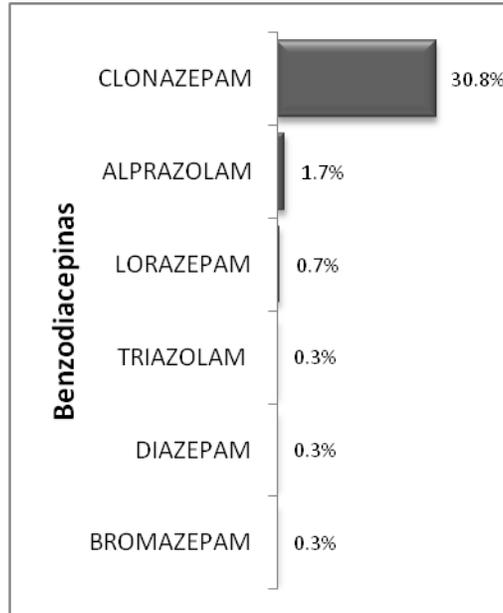
Figura 20. Porcentajes de los horarios de administración de antidepresivos



Administración de benzodiacepinas

En la cohorte fue el tipo de medicamento que más se administró, tras los antidepresivos, con un total de 34.1%. De estos el más prescrito fue el clonazepam con un 30.8% de la muestra, se prescribieron otras benzodiacepinas con menor frecuencia como el alprazolam con 1.7%, lorazepam 0.7% y triazolam, diazepam y bromazepam con un 0.3% para cada uno de ellos.

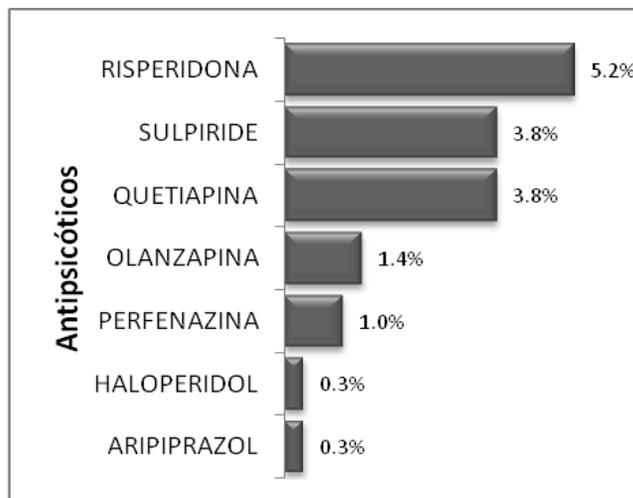
Figura 21. Porcentaje de benzodiazepinas más utilizadas por la cohorte



Administración de antipsicóticos

Se utilizaron en algunos casos fármacos antipsicóticos de forma concomitante con el tratamiento antidepresivo, siendo de mayor uso los de segunda generación encabezados por la risperidona en un 5.2% de la cohorte, quetiapina en 3.8%, olanzapina (1.4%) y aripiprazol con tan solo 0.3%. En el caso de los de primera generación el más utilizado fue el sulpiride con 3.8%, seguido por la perfenazina en 1% y haloperidol con 0.3%.

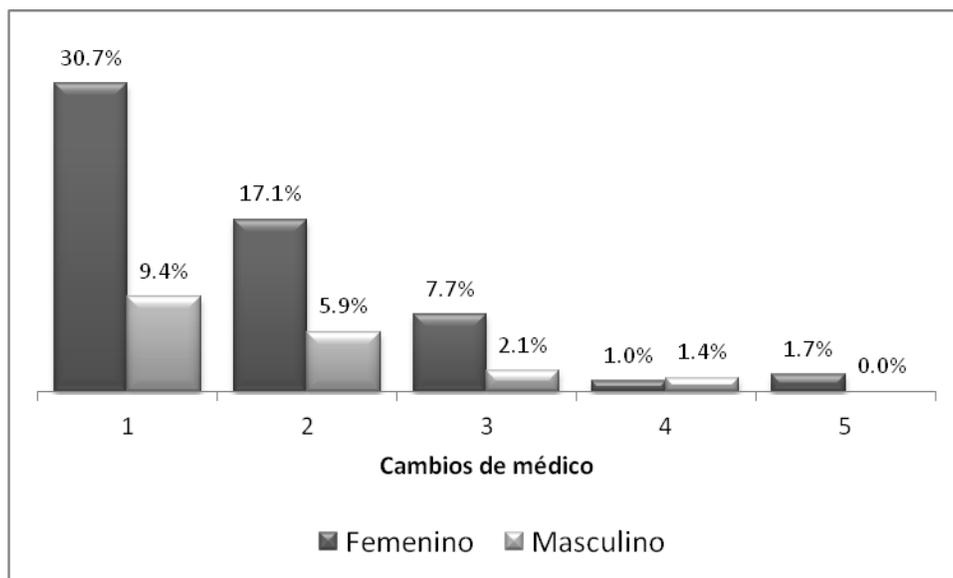
Figura 22. Porcentaje de antipsicóticos más utilizados por la cohorte



Cambios de médico por género

Se realizaron un total de 199 cambios de médicos durante la citas en consulta externa. La mayoría de los pacientes permanecieron con un médico (40.1%). Se encontraron 66 pacientes que tuvieron dos cambios de médicos (23%), posiblemente por el cambio de ciclo tanto en la residencia de segundo año, así como en clínicas de especialidad. Se llegaron a documentar más cambios (hasta la cantidad de 8), sin embargo no se establece de manera clara a que se deben estos cambios; los pacientes con más de dos cambios se contabilizaron en 45 representando un 13.9% de la cohorte.

Figura 23. Porcentaje del número de cambios de médicos tratantes de los pacientes



Otros medicamentos administrados

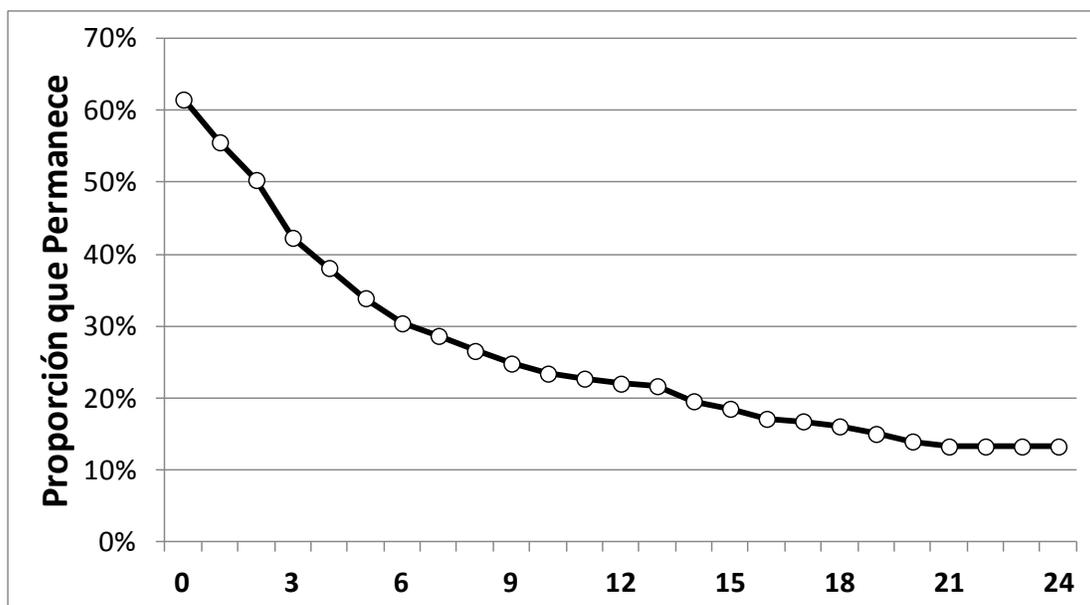
La cohorte presentó además otros medicamentos aparte de los mencionados que acompañaron al tratamiento antidepresivo, entre los más importantes se encuentran los anticonvulsivantes que se prescribieron en 30 ocasiones. Además se dieron otros tipos de medicamentos que posiblemente se administraron como adyuvantes en los síntomas de la depresión o para tratar específicamente las comorbilidades de esta, como son hidroxizina, metilfenidato, zolpidem, propranolol y difenhidramina las cuales fueron indicadas en 42 ocasiones durante el seguimiento.

Tasa de sobrevida de pacientes que ingresaron a la consulta externa

En cuanto a las tasas de permanencia y apego a las citas en la consulta externa fue reportado un promedio de 2.5 (\pm 2.3) citas no asistidas, así como un promedio de 5.2 (\pm 4.6) citas asistidas en general, lo que nos habla de un balance de asistencia mayor que de ausentismo. El promedio total de citas, tanto asistidas como no, fue de 6.8 (\pm 6.3), esto independientemente de la duración de los tratamientos.

Se encontró de manera general un decremento en la asistencia al servicio de consulta encontrándose que a partir del primer mes en el servicio existe un decremento de asistencia llegando a un 56%. Se nota que hay una mayor frecuencia de ausentismo en las primeras 6 meses, llegando a 30% de asistencia de la muestra. Además se reportó que a partir de los 24 meses de solamente permaneció un 13% de la cohorte.

Figura 24. Gráfico de sobrevida de la cohorte en la consulta externa para 24 meses



DISCUSION

Este estudio nos dio la posibilidad de analizar diferentes variantes clínicas en pacientes con depresión que ingresan a la consulta externa del INPRF. Gracias a los datos extraídos del expediente clínico se pudo plasmar la evaluación al momento de la preconsulta, así como su evolución clínica, tratamiento farmacológico y cumplimiento de asistencia de citas. La distribución de la edad fue más frecuente en el rango de los 20 a los 40 años para los dos sexos, encontrándose que el 19.2% fueron mujeres y 10.8 fueron varones de 20 a 30 años. Se encontraron 18.9% de mujeres y 6.3% de varones en el rango de 30 a 40 años representando el grueso de la cohorte, estos datos también tiene relación con lo publicado por Berenzon y colaboradores en 2005 en donde se encontró que la mayoría de los pacientes que cursaban con trastornos depresivos en la Ciudad de México se encontraban entre la segunda y cuarta década de la vida.³³ Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a episodios depresivos recurrentes moderados (CIE-10 F331), con más del 70% de la cohorte siendo esta cantidad mucho mayor en mujeres con más de 140 (50%) pacientes, más de 50 hombres (18%), además de encontrar comorbilidad importante con otros diagnósticos psiquiátricos no afectivos, como la dependencia a cocaína (CIE-10 F142), los trastornos recurrentes posiblemente tendrían fundamento en que los pacientes presentaron algún episodio depresivo antes de iniciar la atención en esta unidad. En cuanto a la asistencia a las citas los datos son congruentes con los reportados por Mitchell y Selmes en 2007 quienes reportaron que el 20% de los pacientes a los cuales se les programó una cita subsecuente no acudieron a la misma, y más del 50% de los participantes faltaron a una o más citas subsecuentes lo que nos habla de una alta tasa de ausentismo a las citas programadas de seguimiento que podría impactar en el pronóstico del paciente.³⁵

Se encontró que 37.7% de los pacientes cambiaron al menos 2 veces de médico tratante, esto posiblemente sea dado por el cambio de médicos de forma anual, en la residencia de segundo año, así como los cambios trimestrales en las clínicas de subespecialidad. Se llegaron a documentar hasta 8 cambios de

médico tratante, sin embargo no se establece de manera clara a que se deben estos cambios; los pacientes con más de dos cambios se contabilizaron en 45 representando un 13.9%. de Así mismo se encontró que la falta de asistencia está relacionada estrechamente con una falta de cumplimiento hacía el apego farmacológico que tiene como consecuencia mayor número de recaídas así como aumento en los ingresos hospitalarios en los siguientes 12 meses, justamente congruente con los resultados de este protocolo.³⁵

La distribución por sexo nos habla de una mayoría de diagnóstico depresivo en el sexo femenino con 204 representantes (73.3%) y de varones con 86 (26.7%) lo que confirman los datos de De la Fuente (1997) respecto a que existe mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor en mujeres.³⁴ La prevalencia de depresión también fue más alta en individuos que no contaban con pareja que sus contrapartes casadas.³³ Al respecto de la medicación antidepresiva, los fármacos más utilizados fueron los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina particularmente la fluoxetina en un más del 75%, seguido por la sertralina, citalopram y paroxetina. No existe una recomendación en las guías clínicas consultadas, acerca del uso de primera instancia de fluoxetina para el trastorno depresivo, es posible que la alta prescripción de este fármaco sea debido a las características de la depresión valorada por el clínico, así como por su bajo precio y fácil accesibilidad. El resto de los antidepresivos utilizados fueron de tipo dual como son la venlafaxina, milnacipram, duloxetina y mirtazapina que son medicamentos de segunda línea de uso según las guías clínicas del IMSS.²⁸ El uso de antidepresivos tricíclicos fue para solo 2 pacientes esto seguramente obedeció que estos fármacos se utilizan como una tercera línea de tratamiento y tienen efectos adversos con mayor frecuencia que los otros grupos.³⁶ Cabe destacar que la baja utilización de escitalopram la atribuimos al elevado costo del medicamento siendo este una unidad en donde predominan los niveles socioeconómicos bajos. Los datos de prescripción presentados corresponden a las recomendaciones de las guías clínicas de la Sociedad Española de Psiquiatría, así como las del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)® en cuanto al uso de primera línea de ISRS, segunda

línea duales y tercera tricíclicos.^{36,28} En contraparte en las guías de la APA y el NICE no se hace una recomendación específica para primera línea de tratamiento, sino que requiere primero un estudio integral del paciente para la administración electiva del antidepresivo.^{26,27} La distribución de antidepresivos por edad también se corresponde con la aparición de depresión, y encontrándose una mayor cantidad de prescripciones en pacientes de 20 a 40 años, correspondiendo a la aparición del cuadro depresivo.³³ Las dosis que se administraron para los medicamentos más utilizados fueron la fluoxetina con 26.4 mg, sertralina 74mg y citalopram con 24mg, por parte de los duales, se utilizó venlafaxina con 104.6mg y duloxetina con 62mg, estos fármacos se encuentran en el rango de dosis establecidas por las guías de tratamiento (APA, NICE), para el adecuado manejo de la depresión sin embargo será necesario saber la severidad del cuadro para afirmar acerca de una correcta dosificación antidepresiva.^{26,27} La hora de administración más indicada fue la matutina seguida de la mixta y nocturna. Los medicamentos indicados por la mañana (fluoxetina, sertralina, citalopram, venlafaxina) tiene un efecto activador lo que explica su administración matutina. Por otro lado los antidepresivos que fueron más sedantes (tricíclicos, mirtazapina, paroxetina) fueron administrados en su gran mayoría manera nocturna. Estos datos corresponden a la guía clínica de la APA que considera la administración matutina para antidepresivos con tendencia activadora y nocturna o mixta para los que tienen efecto sedante.²⁷ Encontramos que 12.1% de los pacientes, cambiaron al menos una ocasión de antidepresivos (el 1 en gráfica representa el único AD que el paciente tiene hasta la actualidad). Los fármacos benzodicepínicos fueron prescritos en 171 ocasiones, esto se puede explicar por la gran comorbilidad con síntomas ansiosos que presentaron los pacientes lo que es común en la práctica psiquiátrica habitual y está avalado por las Guía de la APA.²⁷ Otros medicamentos fueron administrados como antipsicóticos y anticonvulsivantes estos pacientes tuvieron el diagnóstico de trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos (F323), trastornos del control de impulsos o trastorno límite de personalidad, habrá que investigarse la congruencia de estos diagnósticos para mantener estos medicamentos ya que no son inocuos a largo plazo.

Conclusión

Este protocolo sin duda cuenta con limitaciones como no poder tener información acerca del estado clínico antes de la evaluación, desconocer las características de episodios depresivos presentados, que no haya un seguimiento longitudinal para la evolución de los mismos y el sesgo propio de la información recabada en el expediente clínico que a menudo era incompleta e ilegible. Sin embargo cuenta con fortalezas, entre las cuales destaca ser el primer protocolo que intenta extraer datos clínicos de paciente con depresión que se correspondan a las guías clínicas de uso rutinario en nuestra institución. Los datos antes presentados nos dan una muestra de que las variables en el tratamiento farmacológico como son la elección de medicamento, duración, dosis y horario son congruentes con las recomendaciones hechas en la literatura. Cabe destacar que se hizo una revisión de las guías clínicas para manejo de depresión del Instituto Nacional de Psiquiatría y desafortunadamente no encontramos recomendaciones clara para el tratamiento farmacológico del trastorno depresivo sino una descripción general de los fármacos que se recomendaron según el perfil del paciente.

No es posible estimar un verdadero impacto en la evolución del paciente ya que la información extraída de los expedientes clínicos es incompleta. Se necesitaran de otros estudios que nos den un seguimiento a largo plazo y estrecho de las notas del expediente para sacar una tasa confiable de evolución y respuesta al tratamiento antidepresivo en la Consulta Externa.

Referencias

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Masson S.A; 2000
2. Organización Mundial de la Salud: The Global Burden of Disease. Update 2008.
3. Frenk J, Lozano R, González MA, *et al.* Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, México1994; 75-78
4. Medina-Mora M E, Borges G, Lara Muñoz M.C, *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26 (4) : 1-16
5. Caraveo Aj, Colmenares E, Saldivar, *et al.* Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. Salud Mental 1999; 22 : 62-67
6. Berenzon S, Tiburcio Mm Medina-Mora M.E. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan zonas urbanas de bajos ingresos. Salud Mental 2005; 28 (6) : 33-40
7. Cassano GB, Savino M, *et al.* Chronic and residual major depressions. In: Akiskal HS, Cassano GB, eds. Dysthymia and the spectrum of chronic depressions. New York: Guilford Press, 1997;54–65

8. Gilmer WS, Trivedi MH, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project, *Acta Psychiatr Scand* 2005 (112): 425–433
9. Fava M, Kendler K. Major depressive disorder. *Neuron* 2000; 28: 335–341
10. Trivedi M, Rush J et al. Evaluation of Outcomes With Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice. *Am J Psychiatry* 2006; 163:28–40
11. Simon, G., Goldberg, D, von Korff, et al. Understanding crossnational differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 2002; 32, 585–594
12. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 2003; 289, 3095–3105
13. Kufper DJ, et al. Long-Term Treatment of Depression *J Clin Psychiatry* 1991 52 (Supple 5): 38-34
14. Hollon S, Shelton R, et al. Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: Preliminary findings from the STAR*D clinical trial. *Journal of Psychiatric Research* 2006;(40) 59–69
15. Nierenberg A, Alpert J Antecedentes familiares de suicidio consumado y características del trastorno depresivo mayor: estudio STAR*D *Psiquiatr Biol*. 2008;15(6):195-201
16. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B. Familial transmission of mood disorders: convergence and divergence

- with transmission of suicidal behavior. *J Am Acad Child Psych.* 2004;43:1259
17. Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Res.* 2004;126:159-65
 18. Simon S, Savarino J. Suicide Attempts Among Patients Starting Depression Treatment With Medications or Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1029–1034
 19. Melfi C, Chawla A, et al. The Effects of Adherence to Antidepressant Treatment Guidelines on Relapse
a. and Recurrence of Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;(55):1128-1132
 20. Raue P, Schulberg H, Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services* March 2009 Vol. 60 No. 3
 21. Dunlop Boadie W, Ninan P. Considerations in the Pharmacologic Management of Several Depression Netscape. *Psychiatry Mental Health;* 2003; 8 (2).
 22. Universidad Nacional Autónoma de México 4° Consenso de Actualización de la Guía Práctica para Manejo del Espectro Depresión –Ansiedad; 2007
 23. Mathew S, Treatment-resistant depression: Recent developments and future directions. *Depression and anxiety* (2008); 25: 989-992
 24. Schneider F, Harter M, et al. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 462-469

25. Mann T Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. London: NHS Executive;1996
26. National Collaborating Centre for Mental Health: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Royal College of Psychiatrist; 2010
27. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder Third Edition; 2010
28. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en Adultos; División de Excelencia Clínica; 2009
29. Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM): Consenso Mexicano sobre el “Uso y Utilidad de los Antidepresivos”, Revisión Técnica de la Evidencia elaborada por la Task Force del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología; 2008
30. Villamil V, “Identificación de recaídas y recurrencias. Probabilidad acumulada de recurrencia después de un episodio depresivo mayor” Tesis para obtener el Título de Médico Especialista en Psiquiatría; Universidad Nacional Autónoma de México; 2000
31. Mendieta D, “La validez de la evaluación de la calidad de vida en depresión” Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias; Universidad Nacional Autónoma de México; 2003
32. García-Portilla M, Bascarán M, Banco de Instrumentos Básico para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars Médica. 2008

33. Berenzon S, Tiburcio P, Medina-Mora ME, Variables Demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 6, Dic 2005
34. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J: *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica, México, 1997
35. Mitchell A, Selmes T, Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 423–434
36. Ministerio de Calidad y Consumo: *Guía De Práctica Clínica Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto* Gobierno de España 2008