

■ ARTÍCULO ORIGINAL

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y RECURRENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Fernando Caballero Martínez
Coordinador de la Unidad Docente Medicina Familiar. Unidad de Investigación de Atención Primaria. Área 6 Madrid

Luis Caballero Martínez
Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Clínica Puerta de Hierro

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Importancia de la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión

DIMENSIÓN SOCIO-SANITARIA ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Junto a los trastornos de adaptación, los trastornos depresivos son el grupo más frecuente de los problemas de salud mental de los atendidos por los médicos de atención primaria. En la población general, ocurren de 500 a

1000 nuevos casos de depresión por cada 100.000 habitantes y año. En las poblaciones en contacto médico (la población atendida en los centros sanitarios) la prevalencia de la depresión es significativamente más alta: el estudio de la Organización Mundial de la Salud en centros de atención primaria de 14 países, detectó una prevalencia superior al 10% en los primeros contactos.

(Continúa pág. 2) ►►►



■ EN BREVE...

HALLADOS LOS MECANISMOS PATOGENÉTICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR

Investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos han descubierto que durante la fase de depresión los pacientes de desorden bipolar tipo II tienen un metabolismo elevadamente anormal en regiones específicas del cerebro. Las conclusiones del estudio, que proporciona indicios sobre las causas de la enfermedad y abre nuevas vías para tratarla, se han hecho públicas durante una conferencia internacional sobre esta enfermedad celebrada en Pittsburgh.

Los expertos explican que el desorden bipolar II está caracterizado por episodios leves de manía, llamada hipomanía, y depresión mayor. Los investigadores utilizaron imágenes de tomografía de emisión de positrones (TEP) para estudiar los cerebros de pacientes con depresión bipolar II antes de que sus síntomas emergieran.

Las pruebas se volvieron a realizar después de que los pacientes hubieran recibido un tratamiento de seis semanas con antidepresivos, que aumentan la actividad de los neurotransmisores mediante la estimulación de receptores de dopamina.

Según los científicos, en comparación con los pacientes que recibieron placebo el antidepresivo dio lugar a la disminución de la actividad cerebral en ciertas regiones que en exploraciones iniciales habían mostrado una alta actividad, además de disminuir los síntomas de depresión y ansiedad.

En contraste, el tratamiento no alteró el metabolismo en otras regiones del cerebro como la amígdala, implicada en el caso de antidepresivos convencionales, sino que en vez de ello aumentó la actividad en la corteza premotora, el hipocampo, la corteza cingulada posterior y el giro temporal superior.

(Más breves en pág. 8) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

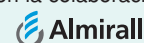
Salud Global®



Paseo Pintor Rosales, 26 - 28008 Madrid
Tel.: 91 542 09 55 - Fax: 91 559 51 72

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



S.V.P.: 269-R-CM
ISSN: 1697-4662

Depósito Legal: M-46657-2003

Importancia de la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión

FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ

Coordinador de la Unidad Docente Medicina Familiar.
Unidad de Investigación de Atención Primaria. Área 6 Madrid

LUIS CABALLERO MARTÍNEZ

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Clínica Puerta de Hierro

En nuestro medio, la presencia de cuadros depresivos en «primeras consultas» con el médico de familia se han establecido en un 4,7% de los hombres y un 7% de las mujeres. Probablemente la presencia en atención primaria de cuadros de intensidad moderada, que en ocasiones no alcanzan la intensidad necesaria para cumplir los criterios diagnósticos estrictos establecidos en las clasificaciones CIE-10 o DSM-IV, pero con relevante disfunción y sufrimiento (los denominados trastornos *subumbral*), sean aún mucho más prevalentes que los anteriores.

En las últimas dos décadas, la creciente investigación sobre los trastornos depresivos en atención primaria ha motivado un cambio crítico en la concepción de este problema a nivel internacional: la depresión se considera hoy un trastorno crónico muy prevalente en la población mundial, que cursa con tasa de recaídas muy altas y que conlleva una morbilidad y deterioro en la calidad de vida comparable o mayor al los de otras enfermedades crónicas, como la diabetes. La Organización Mundial de la Salud estima que en un horizonte de quince años la depresión se habrá configurado como la segunda causa patológica de discapacidad y pérdida de calidad de vida en todo el mundo, sólo por detrás de la patología isquémica cardiaca. Dada la pronta aparición del trastorno (la edad media de comienzo de la depresión se sitúa próxima a los 30 años) y las frecuentes recurrencias que de por vida sufrirán buena parte de los pacientes, el potencial efecto de esta patología en la biografía socio-sanitaria del afectado puede ser realmente devastador. Debe considerarse, además, la influencia negativa que la depresión puede tener en el curso de otras enfermedades como factor de riesgo o de pronóstico negativo.

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN AP: LUCES Y SOMBRAS

La carga asistencial asociada a la depresión y sus costes socio-sanitarios

hace que cualquier planteamiento terapéutico racional incluya la participación imprescindible del nivel primario de salud como marco asistencial idóneo donde abordar el trastorno mental, garantizando la accesibilidad, la capacidad de seguimiento continuado y la atención coordinada a otros problemas de salud del paciente depresivo.

Sin embargo no son pocas las dificultades que limitan el manejo actual de los pacientes depresivos en atención primaria y que cuestionan la resoluntividad del médico de familia en su abordaje:

- **Infradetección y omisión de tratamiento de la depresión**

La mayoría de los estudios al respecto muestran una tasa insuficiente de detección por parte de los médicos de AP, que escasamente identifican al 50-55% de los casos. Los factores implicados en esta situación son probablemente multifactoriales.

En buena parte, el problema es debido a la propia naturaleza de la presentación clínica de la depresión: resulta casi constante el patrón de asociación a síntomas somáticos que con frecuencia se configuran como el motivo principal de consulta (si no el único, asociado a una negación expresa de malestar psicológico). Además, la frecuente comorbilidad de la depresión con la ansiedad, hace que la presentación de cuadros mixtos ansioso-depresivos sean más

norma que excepción en las consultas de atención primaria. La mayor expresividad clínica de los síntomas ansiosos y la peor tolerancia del paciente que los padece, hacen frecuente que el trastorno depresivo subyacente permanezca oculto en las consultas médicas, sin ser específicamente abordado.

En otro sentido, parte de esta situación de negligencia diagnóstica, puede relacionarse directamente con factores dependientes del propio profesional de AP (carencias de conocimiento por el sesgo biológico de la formación médica actual, actitudes negativas frente a la enfermedad psiquiátrica, entorno hostil para un abordaje racional de los problemas psicológicos, condicionado por la escasez de tiempo asistencial y por la resistencia a la «estigmatización psiquiátrica» de la población consultante, etc.).

Tan complejas como sus causas, son de inciertas las soluciones posibles a esta cuestión. De la investigación disponible, parece claro que el problema no se resuelve con la simple utilización de instrumentos de criba o guías de práctica clínica, actuaciones que no parecen mejorar en mucho los resultados globales de la asistencia dispensada a los pacientes depresivos en atención primaria.

- **Baja eficacia terapéutica**

Aunque la eficacia de los antidepresivos se ha demostrado en todos los ámbitos clínicos, el resultado del tratamiento psicofarmacológico de la depresión en atención primaria parece inferior al efectuado por psiquiatras. A pesar de que cerca del 75% de la prescripción de antidepresivos se hace en atención primaria y de que el uso de estos fármacos ha experimentado un aumento muy considerable en nuestro país, los resultados globales del tratamiento de la depresión en AP no han mejorado considerablemente en el mismo periodo de tiempo.

La creciente investigación sobre los trastornos depresivos en atención primaria ha motivado un cambio crítico en la concepción de este problema a nivel internacional

Parte de este problema, puede tener que ver con la poca información disponible acerca de la efectividad de los fármacos antidepresivos en atención primaria, por el escaso número de ensayos farmacológicos de calidad realizados en atención primaria, en comparación con la ingente cantidad de estudios en poblaciones psiquiátricas durante el mismo periodo. Si nos referimos a estudios a medio-largo plazo que evalúen la pertinencia y duración de los tratamientos de mantenimiento y profiláctico, y su eficacia preventiva de las recaídas y las recurrencias, la carencia es absoluta. La tabla I muestra una revisión de los escasos ensayos con antidepresivos, aleatorizados y controlados con placebo, recientemente realizados en atención primaria.

Los motivos implicados en la menor efectividad del tratamiento antidepresivo en atención primaria son, entre otros, los siguientes:

- Retraso en el inicio del tratamiento, directamente relacionado con las dificultades para establecer un diagnóstico preciso.

- Empleo de dosis inadecuadas, bien por prescripción insuficiente, bien por la tendencia del paciente a tomar menos medicación de la aconsejada.

- Abandono prematuro de la medicación, motivo crucial del fracaso terapéutico en atención primaria: se estima que más del 40% de los pacientes abandonan el tratamiento en la fase inicial, y el 60% de los que continúan, abandonan durante la fase de mantenimiento. Esta situación es causa de frecuentes recaídas potencialmente evitables.

- Duración insuficiente del tratamiento: aunque no está bien estudiado en atención primaria, en las poblaciones psiquiátricas se sabe que no se mantienen los tratamientos durante los periodos de tiempo aconsejables. La situación en atención primaria seguramente es peor, a la luz de las carencias descritas en el número de visitas de seguimiento y revisión efectuadas en AP (insuficientes ya en las primeras 8-12 semanas), un factor claramente asociado a la adherencia terapéutica y al éxito del tratamiento.

CURSO CLÍNICO Y PREDICTORES PRONÓSTICOS DE EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN

El curso del trastorno depresivo mayor es variable, de forma que mientras unos pocos pacientes presentan un único episodio (menos del 30%) o pocos, la mayoría (más del 70%) presentarán 3 o más (con frecuencia múltiples) recurrencias y hasta el 20% de los pacientes desarrollarán cronicidad con síntomas residuales (superior a 2 años). La depresión a lo largo de la vida se configura, por tanto, como un amplio espectro de trastornos afectivos que oscilan desde un único episodio de la enfermedad hasta un patrón recurrente con pocos o ningún intervalo libre de enfermedad. La investigación desarrollada en las pasadas décadas ha documentado que el curso y evolución de la depresión es, probablemente, menos favorable de lo que se había asumido.

Por otra parte, el análisis de los estudios de curso y evolución de la depresión disponibles han permitido identificar una serie de factores socio-demográficos, clínicos, biológicos y terapéuticos que pueden comportarse como predictores pronósticos a corto y

TABLA I
Ensayos clínicos con antidepresivos en poblaciones de atención primaria, controlados con placebo y aleatorizados

Autor y año	N	Duración	Tratamiento	Resultados
Wade y cols, 2003	193	24 semanas	Mirtazapina 30-40 mg/d Paroxetina 20-30 mg/d	Similar respuesta
Lepola y cols, 2003	469	8 semanas	Escitalopram 10-20 mg/d Citalopram 20-40 mg/d	Similar, alguna superioridad escitalopram
Wade y cols, 2002	380	8 semanas	Escitalopram 10 mg	Escitalopram mejor que placebo
Williams y cols, 2000	415	11 semanas	Paroxetina 20 mg/d Terapia de solución de problemas	Paroxetina mejor
Phillipp y cols, 1999	263	8 semanas	Imipramina 100 mg/d Hyperico 10-50 mg/d	Similar
Freed y cols, 1999	379	9 semanas	Amitriptilina 50-100 mg/d Paroxetina 20 mg/d	Paroxetina más respuesta y más rápida
Guelfi y cols, 1999	237	12 semanas	Fluoxetina 20 mg/d Tianeptino 37,7 mg/d	Fluoxetina mejor
Schwiezer y cols, 1988	177	8 semanas	Imipramina 75-150 mg/d Bupiriona 30 mg/d	Imipramina mejor que bupiriona y placebo
Ravidran y cols, 1997	1002	12 semanas	Paroxetina 20-40 mg/d Clomipramina 75-150 mg/d	Paroxetina = clomipramina y ambos mejor que placebo

TABLA II
Denominaciones de curso longitudinal de la depresión

- Episodio: periodo de tiempo durante el que el paciente presenta los síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos.
- Remisión parcial: el paciente mejora durante un tiempo limitado y deja de cumplir los criterios pero todavía presenta síntomas.
- Remisión completa: el paciente mejora hasta quedar asintomático Recuperación: periodo asintomático suficientemente duradero como para considerar que el episodio ha terminado (habitualmente se suele establecer entre 4-6 meses).
- Recaída: reagudización de la sintomatología de forma que se vuelven a cumplir criterios, que aparece durante la remisión, pero antes de la recuperación.
- Recurrencia: presentación de un nuevo episodio después de haberse producido la recuperación.

largo plazo de la evolución esperable del trastorno. Su identificación puede ser de gran utilidad clínica para el reconocimiento de aquellos pacientes con peor curso esperable, sobre los que actuar de forma más intensiva y prolongada para prevenir recaídas tempranas o recurrencias repetidas.

Sin embargo, existen importantes limitaciones metodológicas en estos estudios como para otorgar confianza plena a dichos predictores y extraer de ellos propuestas terapéuticas fundadas en una evidencia científica sólida. Entre dichos problemas, cuentan el origen hospitalario de la mayoría de estudios, la variabilidad de criterios de inclusión empleados para elegir pacientes y de tratamientos prescritos, la imprecisión y escasa consistencia de la terminología empleada en la definición de puntos de cambio en la evolución de la depresión (episodio, remisión, cronicidad,...), las diferencias entre estudios del periodo de seguimiento efectuado (de meses a más de 20 años), del sistema de recogida de información (transversal, retrospectivo, prospectivo), de verificación del cumplimiento terapéutico (sobre todo en estudios naturalísticos) e incluso de análisis estadístico efectuado.

Sin entrar en consideraciones metodológicas, gran parte de la controversia sobre el pronóstico de la depresión, la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas en su curso y la duración aconsejable de los tratamientos antidepressivos se debe a que buena parte de los estudios mezclan el concepto de remisión y recuperación, y no delimitan bien los parámetros que definen el tipo de mejoría al que se refieren. En este sentido, propuestas de estandarización conceptual en la línea de la realizada

por la Sociedad Española de Psiquiatría en 1977 respecto a las denominaciones de curso longitudinal de los trastornos afectivos (se recoge en la tabla II), resultan necesarias para la investigación. La figura 1, reproduce el modelo de Kupfer y Frank, donde se delimitan gráficamente los puntos de cambio evolutivo de la depresión y se resumen las distintas fases del trastorno.

La tabla III recoge algunos de los factores relacionados con la recaída/recurrencias de las depresiones unipolares que se comentan detalladamente a continuación. Entre ellos hay aspectos sociodemográficos, clínicos, biológicos y relacionados con el propio tratamiento que el paciente recibe, cuyo conocimiento resulta de gran interés para identificar a los pacientes de peor pronóstico potencial.

1. Predictores sociodemográficos de evolución de la depresión

Género: El género femenino se ha asociado fuertemente con recurrencias tempranas, aunque no parecen existir diferencias de sexo en las recurrencias a lo largo del tiempo.

Edad de inicio del trastorno: No está clara su relación con el tiempo de recuperación, pues existen datos contradictorios en distintos investigaciones. En varios estudios de seguimiento prolongado, la edad de inicio no predijo en modo alguno la evolución posterior a largo plazo.

Historia familiar: En alguna cohorte de pacientes graves (ingresados) los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica severa parecen comportarse como factor de vulnerabilidad de una peor evolución. Sin embargo esta relación no se ha comprobado en otros grupos de pacientes recurrentes menos severos.

Otras variables sociodemográficas: El no haber estado casado parece comportarse como predictor de recurrencia tras la recuperación de un episodio depresivo, y del retraso en el inicio de la remisión. El nivel educacional no parece influir en la evolución de la depresión a largo plazo, aunque los bajos ingresos económicos familiares y la existencia de disfunción familiar se asocian a peor pronóstico. La persistencia en la exposición a agentes estresantes agudos parece predecir la no recuperación a los 12 meses de un episodio depresivo.



Fig. 1.

TABLA III
Algunos factores implicados en las recaídas/recurrencias de las depresiones unipolares

- Antecedentes familiares.
- Sexo femenino.
- Edad anterior a los 25 años y posterior a los 40.
- Elevado número de episodios previos.
- Severidad del episodio.
- Duración de la enfermedad previa la tratamiento.
- Recuperación lenta e incompleta del episodio.
- Persistencia de los síntomas. Cronicidad.
- Patrón estacional.
- Comorbilidad psíquica/somática.
- Implicación de factores psicosociales.
- Actitudes disfuncionales. Trastornos de personalidad.
- Vulnerabilidad biológica.
- Vulnerabilidad cognitiva.

2. Predictores clínicos de evolución

Remisión del episodio previo: en la mayoría de estudios de seguimiento, se aprecia que la expectativa de remisiones en los seis primeros meses es del 50%, enlenteciéndose a continuación (64% al año, 82% a los dos años y 90% a los 5 años). La mediana del intervalo libre de síntomas hasta el episodio siguiente oscila, según estudios, entre 31 y 72 meses. Los datos más recientes sobre poblaciones clínicas más amplias (de distintos ámbitos asistenciales), parecen concluir que el tiempo hasta la recaída/recurrencia en pacientes que se han recuperado de un episodio previo podría ser más amplio que el tradicionalmente considerado. Así, tras la remisión recaerían un 21% de los pacientes a los 12 meses, un 30% a los dos años y un 42% a los 5 años. Se considera un dato contrastado que la recuperación más lenta o incompleta de un episodio previo es un potente predictor de nuevas recaídas.

Número de episodios: los trastornos depresivos unipolares son generalmente recurrentes. Los estudios que informan de bajas tasas de recurrencias suelen tener obvias limitaciones metodológicas (cortos periodos de seguimiento por muerte o suicidio, consideración exclusiva de recurrencias graves que exigen ingreso,...). Se piensa que todo paciente depresivo que ha sido hospitalizado una vez por depresión sufrirá, si vive lo suficiente, más de un episodio a lo largo de su vida. El 70% de los sujetos que han sufrido un episodio depresivo, sufrirán nuevos epi-

sodios (el 50% en los dos años siguientes). Con un segundo episodio, la probabilidad de un tercero es del 80-90% (70-80% en los tres años posteriores). En conjunto se considera que los pacientes depresivos presentan una media de dos episodios en 10 años tras la recuperación del primero. La probabilidad futura de recurrencias se relaciona con el número de episodios depresivos previos, de manera que el riesgo de recurrencia aumenta un 16% por cada episodio sucesivo. Aunque este dato es uno de los más fuertes predictores de mala evolución, desgraciadamente su disponibilidad es tardía, y su utilidad clínica, por ello, limitada.

Intervalos interepisódicos: en relación al primer intervalo libre de síntomas, se ha apreciado que cuantos más episodios experimenta un individuo, más corto es el intervalo entre episodios.

Duración de los episodios: las descripciones clásicas cifraron la duración espontánea del episodio depresivo entre 3-8 meses. Aunque existen algunos datos contradictorios entre distintos estudios, la duración prolongada del episodio índice parece ser un buen

predictor de baja probabilidad de recuperación. Asimismo, se ha relacionado la duración prolongada de los episodios individuales con mayor riesgo de futuras recurrencias.

Gravedad de la psicopatología: la severidad de la sintomatología del episodio índice (puntuación elevada en la escala de depresión de Hamilton), es uno de los predictores más consistentes de mala evolución futura, tanto en prolongación del tiempo hasta la recuperación, como en la recurrencia temprana.

Síntomas residuales: la presencia de síntomas residuales (síntomas tras la remisión parcial con puntuación en la escala de depresión de Hamilton superior a 8, sin alcanzar criterios de episodio depresivo en curso), son un fuerte predictor de curso tórpido en la depresión (recaídas tempranas, mayor número de recurrencias y menor duración de los periodos libre de síntomas).

Personalidad premórbida y comorbilidad: la presencia de comorbilidad con ansiedad, abuso de drogas, personalidad disfuncional (neuroticismo, rasgos histéricos) y enfermedades físicas concomitantes, se han señalado como predictores de tiempos prolongados a de recuperación y cronicidad depresiva.

Subtipos clínicos de depresión: los casos de depresión psicótica, en especial los pacientes delirantes, muestran un peor pronóstico respecto a otros tipos de depresiones en las siguientes variables: curso más severo, mayor riesgo de recaídas, mas cronicidad sintomática, intentos de suicidio, hospitalizaciones, comorbilidad, más ingresos por patología médica y elevado gasto sanitario.

3. Predictores biológicos de evolución de la depresión

Los niveles plasmáticos de norepinefrina en el episodio índice se correlacionan positivamente con el buen curso posterior del trastorno depresivo,

La probabilidad futura de recurrencias se relaciona con el número de episodios depresivos previos, de manera que el riesgo de recurrencia aumenta un 16% por cada episodio sucesivo

en concreto con el tiempo transcurrido hasta la primera recurrencia. Este dato sólo se ha apreciado sobre el grupo de pacientes deprimidos sin síntomas psicóticos.

Asimismo, una respuesta incrementada de cortisol al test combinado DEX/CRH, se correlaciona con un mayor riesgo de recaída a los 6 meses.

Por otra parte, diversos estudios de neuroimagen han identificado determinadas alteraciones neuroestructurales asociadas a una peor evolución clínica (incremento de volumen de los ventrículos cerebrales en depresivos de edad avanzada, hiperintensidad en la sustancia blanca cerebral con RNM, aumento de volumen de LCR en la cisura silviana izquierda en los pacientes con depresión melancólica, etc.).

4. Predictores de evolución de la depresión relacionados con el tratamiento

Quizá de mayor interés para el clínico práctico, son las consideraciones pronósticas directamente relacionadas con fallos en su intervención terapéutica. Los objetivos globales del tratamiento son la obtención de un estado estable libre de síntomas y el restablecimiento total de la funcionalidad psicosocial.

La utilización de un tratamiento inadecuado o insuficiente de consolidación y mantenimiento se relaciona claramente con la recuperación incompleta y la persistencia de los síntomas depresivos. Los estudios naturalísticos ponen de manifiesto que los niveles de tratamiento de mantenimiento empleados durante la fase de remisión son inferiores a los que se han mostrado farmacológicamente eficaces y se aconsejan en la actualidad.

Asimismo, una demora excesiva entre el inicio del episodio depresivo y la instauración del tratamiento, parece un factor relacionado con la tendencia a la cronicidad. La baja detección de la depresión en AP es el condicionante fundamental de este retraso.

Entre los pacientes que han respondido a un tratamiento farmacológico durante el episodio agudo, continuar con el tratamiento reduce un 70% el riesgo de recaída respecto a la interrupción del fármaco, así como la probabilidad de recurrencias.

Todo lo anterior nos urge a generalizar en atención primaria la difusión y

uso de pautas de tratamiento óptimas de consolidación y mantenimiento, especialmente intensivas y prolongadas en pacientes con marcadores de peor evolución, para mantener la recuperación a largo plazo.

RECOMENDACIONES PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO Y EVITAR RECAÍDAS/ RECURRENCIAS

Tratamiento agudo del episodio

Cuando la depresión es tratada con antidepresivos, la mejoría suele aparecer en un periodo que oscila entre 3 y 6 semanas, aunque en algunos casos pueda tardar más de 8 semanas en observarse. Conviene por ello concertar una revisión del paciente a las tres semanas con el fin de reforzar el cumplimiento terapéutico, de averiguar la presencia de posibles efectos adversos y de comprobar si ha comenzado el efecto antidepresivo. Si este ya se ha iniciado, aunque sea parcialmente, es esperable que la recuperación completa se retrase unas semanas más. Si el efecto antidepresivo no es apreciable, se debe subir la dosis antidepresiva, según la tolerancia a los efectos adversos, hasta el máximo aconsejado para cada molécula.

Debe entonces volverse a evaluar al paciente a las 8 semanas de iniciado el tratamiento, ya que si en ese momento no se ha observado efecto antidepresivo alguno, se considera que no habrá respuesta antidepresiva más adelante y estará indicado cambiar el tipo de tratamiento a un antidepresivo de perfil farmacológico diferente. Si una vez repetido el proceso descrito, revisado el diagnóstico y excluidos posibles factores perpetuantes, persiste al clínica depresiva, debería referirse al paciente para evaluación especializada.

Para unificar criterio y manejar con cierta seguridad la incertidumbre inherente a la práctica clínica, resulta aconsejable emplear instrumentos de evaluación objetiva que pueden ayudarnos en la toma de decisiones clínicas ante el paciente depresivo. Con ellos, pueden definirse con cierta objetividad los siguientes criterios:

- Se define como respuesta a un fármaco la mejoría en un 50% de la puntuación de alguna de las escalas habitualmente utilizadas para evaluar la

depresión, como la Escala de Depresión de Hamilton, la escala de evaluación de la depresión de Montgomery-Asberg o el inventario de Beck para la depresión.

- Para hablar de remisión, se debe esperar a que desaparezcan totalmente los síntomas depresivos, lo que implicaría que las escalas empleadas estén por debajo del punto de corte de su sensibilidad.

- Para hablar de curación del episodio, se requiere el mantenimiento del de la remisión durante un periodo superior a 6 meses.

- Si reaparece ese mismo episodio de depresión durante ese periodo de 6 meses se consideraría una recaída, mientras que la aparición de otro episodio posteriormente sería una recurrencia.

Tratamiento de continuación

Tiene por objeto evitar la recaída, es decir, la reaparición del mismo episodio depresivo. Como la historia natural del episodio depresivo tiene una duración estimada de 6 meses, ese debe ser el tratamiento de continuación mínimo. En la práctica, se aconseja que una vez conseguida la remisión clínica de una depresión se mantenga el tratamiento a la misma dosis durante un mínimo de 6-12 meses para un primer episodio depresivo.

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico

Tiene por objeto evitar nuevos episodios de la enfermedad (recurrencias), por lo que debe prolongarse más en el tiempo. Su efecto protector no es total, aunque se ha comprobado que es dependiente de la dosis (si se reduce a la mitad la dosis eficaz empleada para tratar un episodio, aumenta al doble el riesgo de recurrencia).

Se aconseja en los trastornos depresivos recurrentes (más de un episodio), en especial cuando ha habido al menos tres episodios depresivos. No hay un acuerdo pleno sobre la duración de esta terapia preventiva. Puede recomendarse mantenerlo entre 3 y 5 años en los que han tenido dos episodios depresivos en un plazo de menos de tres años, o tres episodios separados por más tiempo. Los pacientes con tercer episodio y con menos espacio entre episodios, los que tienen factores de mal pronóstico o los que han presentado mayor

número de episodios, deberían recibir tratamiento antidepresivo indefinido. En cualquier caso, deben individualizarse estas pautas, valorando ventajas e inconvenientes del tratamientos en cada paciente concreto.

Cuando se suspenda el tratamiento debe hacerse gradualmente para evitar el riesgo de recurrencia asociado a la retirada brusca del fármaco (además del posible «rebote colinérgico» con náuseas, insomnio, diarrea o cefalea, de los heterocíclicos, o el posible «rebote serotoninérgico» de los ISRS, con mareos, vómitos y parestesias). Esta retirada paulatina, puede acometerse reduciendo en el 15-25% la dosis cada 2-4 semanas, hasta la retirada completa en al menos dos meses.

ALGUNOS MOTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS Y RECURRENCIAS DEPRESIVAS EN AP

La depresión es un trastorno común que se asocia a importantes repercusiones psicosociales, físicas, económicas y mayor riesgo de muerte prematura. En atención primaria, hasta que los estudios epidemiológicos de seguimiento han constatado la enorme repercusión socio-sanitaria y la gran discapacidad sufrida por estos pacientes, con frecuencia se banalizó su trascendencia.

Las evidencias disponibles actuales que relacionan el pronóstico a largo plazo con la rapidez del instauración del tratamiento, con la resolución precoz y completa de toda la sintomatología depresiva presente y con la duración del tratamiento de continuación, obligan al clínico a asumir una actitud mucho más activa en la detección de sus pacientes depresivos, en el inicio precoz de un tratamiento eficaz, sin demoras injustificadas, y en la recomendación de pautas de tratamiento suficientemente prolongadas en dependencia de la historia previa de cada caso concreto (incluyendo un correcto tratamiento de mantenimiento que evite recaídas, y la valoración sistemática de la pertinencia de un tratamiento preventivo de recurrencias futuras).

Los datos fármaco-económicos y socio-sanitarios disponibles subrayan el enorme potencial de ahorro que un tratamiento de la depresión precoz, efectivo y apropiado puede suponer para los sistemas sanitarios en todo el mundo, evitando fuentes de gasto sa-

nitario directo e indirecto potencialmente evitables (nuevas consultas, tratamientos especializados, ingresos hospitalarios, pérdida laboral, discapacidad crónica, asistencia social, etc.). El compromiso profesional con la salud de los pacientes y con la viabilidad del sistema sanitario nos obligan a revisar los procedimientos clínicos con los que abordamos la depresión en atención primaria y a racionalizar nuestras intervenciones.

Por último, no debe olvidarse que si bien la cifra de un 15% de suicidios, estimada entre los pacientes con episodios depresivos moderados-severos, puede resultar excesiva en los cuadros leve-moderados atendidos en atención primaria, el impacto familiar y social que cada nuevo caso de suicidio, supone una llamada a la responsabilidad que el médico de familia, referente y primer responsable sanitario de la población que atiende, tiene de intentar minimizar el riesgo de nuevos episodios de depresión entre sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM-IV Draft Criteria. Task Force on DSM-IV. Washington, American Psychiatric Association 1993.
- Angst J, Kupfer DJ, Rosenbaum JF. Recovery from depression: risk or reality? *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:413-9.
- Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:737-751.
- Bobes J, Bousoño M, Gonzalez MP, Sáiz PA. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona, Masson Ed. 2001.
- Burvill PW, Hall WD, Stampfer H y cols. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1991;158:64-71.
- Caballero L, García-Parajuá P. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. En: Gilaberte I. Nuevas Perspectivas en la Depresión. Madrid; Aula Médica Ediciones, 2004:235-252.
- Cardoner N, Pujol J, Vallejo J y cols. Enlargement of brain cerebrospinal fluid spaces as a predictor of poor clinical outcome in melancholia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:691-7.
- Cusin C, Serreti A, Lattuada E y cols. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Res* 2000;97:217-27.
- Duggan C, Shamp P, Minne C y cols. Family history as a predictor of poor long-term outcome depression. *Br J Psychiatry* 1998;173:527-30.
- Fairman K, Drevets W, Kreisman J y cols. Course of antidepressant treatment, drug type, and prescriber's specialty. *Psychiatric Services* 1998;49:1180-6.
- Fava GA, Ruini C, Sonino N. Management of recurrent depression in primary care. *Psychotherapy and psychosomatics* 2003;72:3-9.
- Frank E, Prin RF, Jarrett RB y cols. Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder. En: Remission, Recovery, Relapse and Recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
- Gabarron Hortal E, Vidal Royo JM, Haro abad JM y cols. Prevalencia y depresión de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria* 2002;29:329-36.

Geddes JR, Carney SM, Davies C y cols. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.

Glass RM. Awareness about depression: important for all physicians. *JAMA* 2003;289:3169-70.

Grupo de expertos SEPB, SEMERGEN Y SEP. Uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos en atención primaria en España. Madrid, Scientific Communication Management, 2003.

Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2001. Información Terapéutica del SNS. 2002;26(3):78-83.

Herrán A, Nuñez MJ, Vázquez-Barquero JL. Trastornos del estado del ánimo. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid, Grupo Aula Médica 1998:231-258.

Johnston TG, Kelly CB, Stevenson MR y cols. Plasma norepinephrine and prediction of outcome in major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 1999;46:1253-8.

Kanai T, Takeuchi H, Furukawa TA y cols. Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors. *Psychol Med* 2003;33:839-45.

Keller MB. Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003;289:3152-60.

Keller MB. Remission versus response: the new gold standard of antidepressant care. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (Supl. 4): 53-9.

Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Remission and recurrence of depression in the maintenance era. Long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychol Med* 2003;33:827-38.

Kessing LV, Andersen PK. Recurrence of affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:819-20.

Menchón JM, Urrutavizcaya M, Soria V. Predictores de evolución de la depresión. En: Gilaberte I. Nuevas Perspectivas en la Depresión. Madrid; Aula Médica Ediciones, 2004:99-124.

Mueller TI, Leon AC, Keller MB y cols. Recurrences after recovery from major depressive disorder during 5 years observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.

Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM y cols. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:880-6.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Madrid, Meditor 1994.

Sartorius N, Ustun TB, Lecubrier Y y cols. Depresión comorbida con ansiedad: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry (Supl.)* 1996;30:38-43.

Shelton CI. Long-term management of major depressive disorder: are differences among antidepressant treatments meaningful. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Supl. 17): 29-33.

Sherbourne CD, Wells KB, Hayes RD y cols. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry* 1994;151:1777-84.

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli y cols. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Eng Med* 1999;341:1329-35.

Sociedad Española de Psiquiatría. Guía práctica para el tratamiento de la depresión. Madrid, Editores Médicos S.A., 1997.

Zobel AW, Nickel T, Sonntag A y cols. Cortisol response in the combined dexamethasone/CRH test as predictor of relapse in patients with remitted depression: a prospective study. *J Psychiatr Res* 2001;35:83-94.

En breve...

LA EXPOSICIÓN AL RUIDOS DE LOS AVIONES EN COLEGIOS SITUADOS CERCA DE AEROPUERTOS PUEDE AFECTAR ADVERSAMENTE AL DESARROLLO MENTAL DE LOS NIÑOS

En un reciente estudio publicado en la revista «The Lancet» se concluye que la exposición al ruido de los aviones en colegios situados cerca de los aeropuertos puede afectar adversamente al desarrollo mental de los niños, especialmente a la comprensión lectora. Investigadores de la Universidad de Londres evaluaron las capacidades cognitivas de 2.844 niños de 89 escuelas localizadas junto a tres grandes aeropuertos europeos. Los resultados muestran que cuanto mayor es el ruido peor son las puntuaciones que obtienen los niños en comprensión de la lectura y en memorización.

CIENTÍFICOS ESPAÑOLES DESCUBREN QUE LA SUSTANCIA QUE CAUSA EL TÉTANO PUEDE AYUDAR A TRATAR EL PARKINSON Y LA DEPRESIÓN

Un equipo de investigadores del Departamento de Bioquímica y de Biología Molecular de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) han descubierto que la toxina tetánica, responsable de la enfermedad del tétano, podría ayudar a tratar trastornos como el Parkinson, la depresión o la anorexia.

La toxina tetánica es una neurotoxina de la misma familia que la neurotoxina botulínica, responsable del botulismo. Esta última se ha utilizado con éxito para el tratamiento de patologías como la parálisis cerebral y últimamente se aplica para eliminar arrugas.

Del mismo modo, científicos de la UAB, dirigidos por el profesor José

Aguilera, han estudiado en ratones la posibilidad de utilizar la toxina tetánica y las moléculas derivadas con finalidades terapéuticas.

La molécula de la toxina tetánica está formada por dos partes: la primera es responsable de los efectos tóxicos y de los síntomas del tétano y la segunda es inocua y tiene la propiedad de penetrar e incidir en el sistema nervioso.

Esta parte inocua, denominada el dominio carboxiterminal, ha sido producida por los científicos en el laboratorio, para realizar pruebas en el sistema nervioso de la rata y comprobar sus efectos.

Los experimentos han probado que la parte inocua de esta toxina «inhibe el transporte de serotonina a través de unas membranas que son las que interconectan las neuronas para transmitir señales al cerebro», según los investigadores.

Agenda

■ Congreso Internacional de la Fundación CAPAC

«Existencias vulneradas»
Argentina, 11 de Agosto de 2005
funcapac@fibertel.com.ar

■ XII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Profesionales afines

Buenos Aires, 11 de Agosto de 2005
www.aapi.org.ar
www.bayfem.com.ar
Secretaría Técnica: AAPI
Avda. Cordoba 2302, 6° K
C1120AASS, Buenos Aires
Tel./Fax: (54-11) 4951-8139

■ I Congreso Interamericano de Neurociencia

Argentina, 18 de Agosto de 2005
www.eventosneurociencia.com.ar
Informes e inscripción: Asociación de Psiquiatras Argentinos
Rincón, 355. 1081 Buenos Aires
Tel./Fax: (54-11) 4952-1249, 4943-3863
neurocongreso@yahoo.com.ar

■ IV Congreso Mundial de Psicoterapia

Buenos Aires, 27 de Agosto de 2005
www.4cmp.org.ar/site/index.asp?IdSeccion=1

■ VI Congreso Latinoamericano y XIV Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional

Cali (Colombia), 31 de Agosto a 3 de Septiembre de 2005
Información: World Federation Occupational Therapist
Carrera 21 No. 84-48
Fax: 2182024
Tel.: 6221922
Acto73@hotmail.com
www.acto.org.co

■ IX Curso de formación en psicología de la infertilidad

Viamonte 1438, Buenos Aires (Argentina), 1 de Septiembre de 2005
Inscripciones: Srta. Julia Victorio
Tel.: 05411 4372 8289
docencia@cegyr.com