

Evaluación del tratamiento antidepresivo en pacientes con comorbilidad.

El uso de la informática

Felipe
Vázquez-Estupiñán,¹
Juan Carlos
Rosel-Palacios,²
Alexandra
Kitazawa-Ohtomo,²
Mara Alba
Caballero-Castro,²
Paulino
Salinas-García,²
Irma
Corlay-Noriega,¹
Luis Guillermo
Ruiz-Flores¹

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de la atención del paciente deprimido con comorbilidad médica e identificar áreas de mejora utilizando el expediente electrónico.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo en el que se revisó la literatura para la identificación de indicadores basados en la evidencia. Con base en las notas electrónicas clínicas se calcularon las proporciones de continuidad en el tratamiento antidepresivo a 12 y 24 semanas, las tasas de respuesta y remisión en fase aguda a ocho semanas, el uso de escalas clinimétricas y de psicoterapia basada en la evidencia, así como la presencia de eventos de seguridad relacionados con los antidepresivos.

Resultados: de 100 enfermos con edad promedio de 48.7 años, 49 y 34 % recibieron tratamiento durante 12 y 24 semanas, respectivamente, con respuesta de 50 % y remisión de 28 % a las ocho semanas. A 33 % se les aplicó escalas clinimétricas y se hicieron intervenciones psicoterapéuticas en 28 % de las visitas. Un paciente presentó crisis convulsivas relacionadas con el uso de antidepresivos. Conclusiones: la información obtenida del expediente electrónico sugiere como áreas de oportunidad de mejora, incrementar la proporción de pacientes que alcanzan remisión en la fase aguda de la enfermedad y la aplicación de escalas clinimétricas y de psicoterapia basada en la evidencia.

SUMMARY

Objective: to evaluate the quality of care and improvement opportunities of medically ill depressed patients in a Psychiatric Facility using electronic medical records.

Methods: observational, retrospective study. A literature review was conducted to identify and analyze evidence based quality indicators. We scored the clinical records to estimate the proportion of continuous antidepressant treatment at 12 and 24 weeks, response and remission rates at 8 weeks, the use of clinimetric scales, evidence based psychotherapeutic interventions (cognitive and interpersonal), and the emergence of antidepressant related safety events.

Results: of 100 patients with an average age of 48.7 years, 49 % and 34 % received treatment during 12 and 24 weeks respectively. 50 % had response and 28 % remission at 8 weeks. Use of clinimetric scales was registered in 33 % and psychotherapeutic interventions in 28 % of the interviews. One patient had seizures related to antidepressant use.

Conclusions: an increase in the proportion of patients achieving remission and the use of clinimetric scales with psychotherapeutic interventions are improvement opportunities to look for in the care of depressed patients with medical comorbidity.

¹Departamento de Psiquiatría, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

²Residente del Curso de Especialización en Psiquiatría

Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con:
Felipe

Vázquez-Estupiñán.

Correo electrónico:
felipe.vazquez@imss.gob.mx;
felipeestupinan@yahoo.com.mx

Recibido: 19 de enero de 2007

Aceptado: 11 de junio de 2007

Introducción

La depresión es un padecimiento crónico y recurrente que afecta la calidad de vida y funcionalidad de los individuos que la padecen.¹ Los

individuos médicamente enfermos tienen una alta prevalencia de trastornos depresivos.²⁻⁴ Estudios acerca del tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes del sector público han mostrado que las tasas de respuesta y remisión

Palabras clave

- ✓ calidad de la atención
- ✓ depresión
- ✓ comorbilidad

Key words

- ✓ quality of health care
- ✓ depression
- ✓ comorbidity

son más bajas a las encontradas en los ensayos clínicos controlados realizados en poblaciones altamente seleccionadas.⁵ Esto puede deberse a que una alta proporción de los pacientes del sector público tiene bajo nivel socioeconómico y educativo, desempleo, abuso de sustancias tóxicas o alcohol y comorbilidad médica.

El uso de escalas clinimétricas permite conocer la gravedad de la depresión, cuantificar la respuesta al tratamiento y detectar la presencia de síntomas residuales, sin embargo, la mayor parte de los pacientes no son evaluados de manera sistemática con mediciones objetivas.⁶ Los síntomas depresivos residuales se relacionan con mayor riesgo de presentar recaídas tempranas, depresión crónica, incremento en el uso de los servicios de salud, malos resultados en salud, riesgo suicida y disfunción social. La literatura describe el uso combinado de fármacos y psicoterapia para obtener la remisión de los síntomas depresivos de manera completa y sostenida.⁷

La efectividad de dos tipos de psicoterapia ha sido estudiada ampliamente en la depresión: la psicoterapia cognitivo-conductual⁸ y la psicoterapia interpersonal; ambas cuentan con manuales y procesos estandarizados para su realización.⁹ Los resultados son semejantes a los obtenidos con la farmacoterapia y se ha observado un efecto antidepresivo sostenido.¹⁰

Wagner ha propuesto un modelo para el manejo de las enfermedades crónicas que incluye el uso de la tecnología informática en la toma de decisiones y el análisis de los procesos clínicos para planear la atención de los pacientes.^{11,12} Este modelo ha sido aplicado en el estudio del tratamiento de los trastornos depresivos.¹³

En 2005, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, otorgó 4000 consultas, 30 % correspondió a trastornos depresivos. En enero de 2005 se inició el empleo de una agenda electrónica, expediente electrónico para el registro de las actividades clínicas, generación de solicitudes de laboratorio y recetas en forma electrónica, consulta en línea de literatura médica y del Cuadro Básico de Medicamentos. El acceso a la literatura permite la aplicación de los pasos de la medicina basada en la evidencia: formulación de preguntas, búsqueda, evaluación y aplicación de la evidencia.^{14,15}

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de la atención de la depresión del paciente con comorbilidad médica en un servicio de psiquiatría de enlace en el periodo 2005-2006, a través de la medición de los siguientes procesos clínicos (relacionados con la efectividad) registrados en el expediente electrónico: continuidad en el tratamiento antidepresivo a 12 y 24 semanas, tasas de respuesta y remisión en fase aguda (ocho semanas), uso de escalas clinimétricas y de psicoterapia basada en la evidencia en la atención, así como eventos de seguridad relacionados con el uso de antidepresivos.

Material y métodos

Se incluyó una muestra por conveniencia de 100 pacientes atendidos entre marzo de 2005 y octubre de 2006, que tuvieran al menos un registro en el expediente electrónico de atención en el Servicio de Psiquiatría por diagnóstico de depresión mayor, de acuerdo con los códigos F06.3, F31, F32, F33 y F34 de la CIE-10. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo que imposibilitara la entrevista o la psicoterapia.

Para la selección de indicadores de calidad de la atención de los trastornos depresivos se consultaron los indicadores del Comité de Expertos en Indicadores de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico,¹⁶ de la Asociación Psiquiátrica Americana,^{17,18} de las Guías Clínicas para la Atención Psiquiátrica del Paciente Médicamente Enfermo (Academia de Medicina Psicosomática)¹⁹ y los del Comité Nacional para el aseguramiento de la Calidad²⁰ (cuadro I).

Con la consulta de la literatura mundial y la aplicación de la técnica Delphi modificada con puntuación de ocho para validez y factibilidad, se seleccionaron mediante consenso de siete psiquiatras de enlace, indicadores de proceso clínico relevantes para la atención del paciente médicamente enfermo:²¹

- *Uso de la tecnología informática para la aplicación de la medicina basada en la evidencia y revisión del expediente clínico electrónico.* Se midió el cumplimiento de estos indicadores en los periodos de 2005 y 2006 en las notas médicas del expediente electrónico, con una

Cuadro I

Indicadores analizados para la evaluación de la calidad de la atención de los trastornos depresivos en pacientes con comorbilidad médica

- Seguimiento oportuno de pacientes que fueron hospitalizados
- Continuidad de las visitas después de la hospitalización para pacientes con diagnóstico dual (trastorno psiquiátrico y abuso de sustancias)
- Disparidad étnica en las tasas de seguimiento de pacientes
- Continuidad de las consultas después de hospitalización por problema mental
- Coordinación de la atención para el manejo de casos severos
- Consultas durante el tratamiento de la fase aguda de la depresión
- Readmisión hospitalaria en pacientes con trastorno psiquiátrico
- Duración del tratamiento para pacientes con abuso de sustancias
- Uso de antidepresivos anticolinérgicos en pacientes adultos mayores
- Uso continuo de antidepresivos en la fase aguda del tratamiento de la depresión (12 semanas)*
- Uso continuo de antidepresivos en la fase de continuación del tratamiento de la depresión (24 semanas)*
- Registro de proceso de psicoterapia basada en la evidencia (cognitivo-conductual o interpersonal)*
- Registro de uso de escalas clinimétricas para evaluar la severidad del síndrome depresivo o la respuesta al tratamiento*
- Mortalidad de pacientes con trastornos mentales graves

*Indicadores seleccionados para el análisis de la calidad de la atención de los trastornos depresivos en el enfermo médico

escala dicotómica presente/ausente. Se calculó la kappa dicotómica para medir el acuerdo entre evaluadores, cegados a la fecha y personal que atendió la consulta.

- *Uso de escalas.* Se evaluó la aplicación de las escalas de Hamilton de Siete Reactivos (HAM-7),²² de Beck,²³ de Hamilton de 17 Reactivos (HAM-17),²⁴ de Depresión de Montgomery-Asberg,²⁵ de Ansiedad y Depresión de Hospital,²⁶ de Funcionamiento Global,²⁷ de Impresión Clínica Global²⁸ y Visual Análoga, para la mejoría de los síntomas depresivos. En las escalas de HAM-7 y HAM-17 se consideró como respuesta una reducción de 50 % de los síntomas respecto a la medición basal, y se evaluó remisión cuando el paciente alcanzó tres puntos o menos en la primera, o siete puntos o menos en la segunda.
- *Psicoterapia basada en la evidencia.* Se consideró que un paciente había recibido psicoterapia basada en la evidencia cuando en la nota médica se identificaban procedimientos de la terapia cognitivo-conductual como la indicación de realizar registros cognitivos, tareas conductuales o reestructuración cognitiva, o bien, se identificaban áreas de problema interpersonal (duelo, transición de roles, disputas, aislamiento social) y se intervenía en estas áreas claramente identificables en la nota médica.²⁹

- *Eventos de seguridad relacionados con los medicamentos.* Se revisaron las notas médicas en búsqueda de los siguientes diagnósticos: síndrome serotoninérgico, estado confusional secundario a uso de psicofármacos, crisis convulsivas, arritmia cardíaca, intento suicida o impacto fecal relacionado con el uso de antidepresivos.³⁰

Análisis estadístico

Mediante prueba exacta de Fisher se compararon las proporciones de uso de indicadores entre 2005 y 2006, para lo cual se utilizó el programa Epi-info 2000 versión 1.1. La kappa dicotómica se calculó con el programa SPSS versión 11.5.

Resultados

Se revisaron 431 notas médicas de 100 pacientes (77 mujeres) con registro electrónico; las variables sociodemográficas y las comorbilidades pueden observarse en los cuadros II y III. Cada paciente tuvo un promedio de cuatro consultas, rango de 1 a 20; 49 (49 %) recibieron tratamiento antidepresivo continuo durante 12 semanas y 34 (34 %) durante 24 semanas. El 70 % de los pacientes recibió algún inhibidor selecti-

Cuadro II
Variables sociodemográficas de la muestra estudiada

	n = 100
Edad en años (media ± DE)	48.77 ± 15.40
Sexo (femenino/masculino)	77/23
Solteros/casados	32/68
Escolaridad (mediana años)	9
Abuso de alcohol	4
Abuso de sustancias	1
Total de consultas	422
Consultas por paciente	4

Cuadro III
**Comorbilidad (diagnóstico principal) de los 100
pacientes deprimidos estudiados**

Padecimientos por especialidad	%
Endocrinología	26
Diabetes mellitus	12
Hipotiroidismo	8
Otros	6
Reumatología	21
Lupus eritematoso	9
Fibrosis	5
Otros	7
Nefrología	15
Insuficiencia renal	15
Neurología	13
Cardiología	11
Otros	14

vo de la recaptura de la serotonina. Los demás fármacos antidepresivos empleados se presentan en el cuadro IV. Dieciséis pacientes recibieron combinaciones de antidepresivos; 98, ansiolíticos, principalmente clonazepam (67 %); a 15 se les prescribió antipsicóticos atípicos y a dos, típicos; otros 15 tomaron moduladores corticales. En cuanto a las causas de suspensión del tratamiento, 23 pacientes lo hicieron por imposibilidad para surtir la receta, 10 por efectos secundarios, seis por falta de adherencia terapéutica y cinco por falta de respuesta.

A las ocho semanas de tratamiento 50 pacientes presentaron respuesta y 28, remisión.

Se observó una diferencia significativa en el uso de escalas y en la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia entre los pacientes atendidos en 2005 y en 2006 (cuadro V). La escala más utilizada fue HAM-7:

en 70 de las 80 visitas donde se emplearon escalas clinimétricas. En seis se echó mano de la de Funcionamiento Global; en tres, de la Análogo Visual; en dos, de la de Hamilton de 17 Reactivos. Sin embargo, en el último año solo a una tercera parte de los pacientes se le aplicó escalas clinimétricas y un poco más de la cuarta parte recibió intervenciones basadas en la evidencia.

Un paciente con depresión secundaria a enfermedad vascular cerebral presentó crisis convulsivas relacionadas con el uso de reboxetina; el cuadro se resolvió con valproato de magnesio y no requirió la suspensión del fármaco, con el cual tuvo una buena respuesta antidepresiva.

El acuerdo entre los evaluadores de los indicadores de calidad fue de 0.91 conforme a la kappa dicotómica.

Discusión

Aun cuando se cuenta con fármacos antidepresivos generalmente bien tolerados,³¹ la continuidad de los tratamientos antidepresivos en la muestra estudiada (34 % a las 24 semanas) se ve comprometida por diversos factores que incluyen la falta de efectividad de los tratamientos, la falta de disponibilidad oportuna de los tratamientos y probablemente el temor de los pacientes y la falta de educación sobre el uso crónico de psicofármacos.

Como se ha mostrado en estudios de efectividad en población no seleccionada, los porcentajes de respuesta (50 %) y remisión (28 %) son aún insatisfactorios a pesar de que una tercera parte de los pacientes estudiados recibió combinaciones de antidepresivos o antipsicóticos como estrategia de aumento. En el *Proyecto de Algoritmo de Medicamentos de Texas*, 19.1 % de los pacientes alcanzó respuesta y 5.2 % remisión a las 12 semanas, con solo 11.5 % de respuesta sostenida al año. Esta relativa mayor proporción de resultados en los pacientes de nuestra muestra puede deberse al uso frecuente de ansiolíticos y a la escasa frecuencia de consumo de alcohol y abuso de sustancias tóxicas (5 % *versus* 43.6 %).⁵

La calidad de la atención, de acuerdo a Avedis Donabedian, puede evaluarse según su famoso esquema de estructura, proceso y resultados. La estructura de los elementos con los que se pres-

ta la atención médica a los pacientes con enfermedad médica crónica y trastornos depresivos incluye el análisis de las instalaciones, normas de atención en los servicios de psiquiatría, guías clínicas de manejo de la depresión, certificación de los psiquiatras y capacitación de los profesionales en psicofarmacología y psicoterapia, disponibilidad de recursos terapéuticos (variedad de antidepresivos disponibles, terapia electroconvulsiva, alternativas psiquiátricas como estimulación vagal).

Los procesos de atención clínica de la depresión incluyen la accesibilidad a las consultas psiquiátricas, el proceso diagnóstico de la depresión y la terapéutica antidepresiva, tanto biológica como psicoterapéutica. En este apartado de procesos se puede estudiar la continuidad de la atención, es decir, la persistencia del tratamiento antidepresivo, ya que sabemos que el tratamiento antidepresivo funciona y reduce la probabilidad de recaída mientras es mantenido. Por otra parte, es posible evaluar la selección del antidepresivo adecuado de acuerdo con la edad del paciente, su padecimiento base y las posibles interacciones de los fármacos que toma (para evitar, por ejemplo, el riesgo de hemorragia por interacción con anticoagulantes). Los resultados se refieren a los cambios clínicos que los pacientes experimentan, tanto favorables como desfavorables (respuesta, remisión, complicaciones, efectos adversos, suicidio, etcétera).

La evaluación de la calidad de la atención es un reto sumamente complejo. De acuerdo con el Instituto de Medicina de Estados Unidos a la Calidad de la Atención, se pueden evaluar al menos seis dimensiones: efectividad, seguridad, atención centrada en el paciente, oportunidad, eficiencia en el uso de los recursos y equidad.

La calidad en medicina frecuentemente se confunde con la productividad (consultas por hora, número de pacientes atendidos, de acuerdo a un enfoque tayloriano), por lo que es importante establecer una distinción. Para evaluar la calidad de la atención clínica existen diferentes metodologías: el análisis minucioso de la estructura en donde tiene lugar la atención, el estudio del proceso de atención mediante casos simulados, viñetas o la revisión íntegra del expediente clínico para evaluar las notas médicas en cuanto a la toma sistematizada de la información y su integración en un diagnóstico, plan

terapéutico, pronóstico y seguimiento. Entre estas metodologías destaca la selección de indicadores de proceso clínico (ver Aguirre Gas, Garduño, Roland, Campbell, Berwick y Brook) que buscan identificar procesos “que hacen una diferencia clínica promoviendo mejores resultados de salud”, y que están bajo el control del clínico y pueden modificarse en el corto plazo. Estos indicadores deben ser analizados periódicamente por los expertos clínicos y puestos al día conforme la evidencia y la experiencia se van acumulando. Una de las limitaciones de algunos in-

Felipe Vázquez-Estupiñán et al. Informática en la calidad del tratamiento antidepresivo

Cuadro IV
Antidepresivos empleados

Fármaco	Total de pacientes*	Total de prescripciones
Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina		
Paroxetina	70	126
Fluoxetina	32	41
Sertralina	29	43
Sertralina	12	27
Citalopram	9	15
Inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina		
Reboxetina	8	15
Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y noradrenalina		
Venlafaxina	14	41
Inhibidor de la monoamino-oxidasa reversible		
Moclobemide	28	36
Otros		
Anfebutamona	26	46

*16 pacientes recibieron combinaciones de antidepresivos

Cuadro V
Uso de escalas clinimétricas y de psicoterapia basada en la evidencia

Variable	Año		OR (IC 95 %)	p*
	2005	2006		
Visitas con uso de escalas/ total de visitas (%)	50/333 (15 %)	30/89 (34 %)	2.8 (1.6-5.1)	0.0001
Visitas con intervenciones cognitivo-conductuales/ total	3/333	16/89	24.11 (6.3-107.0)	0.0000001
Interpersonales/total	2/333	9/89	18.62 (3.6-127.3)	0.0002
Porcentaje acumulado	(1.5 %)	(28 %)		

*prueba exacta de Fisher

dicadores de resultado es el tiempo en el que se producen los desenlaces clínicos (como la sobrevida o la muerte).

El análisis de los expedientes clínicos en forma exhaustiva tiene la limitación del tiempo que esta tarea requiere y el limitado número de expedientes que es posible analizar en la vida cotidiana.

El expediente electrónico facilitó el análisis de la información. Con él se superan algunas desventajas de los expedientes de papel como la ilegibilidad, la pérdida total de la información en papel y la inaccesibilidad de la misma en el lugar de la atención médica. El expediente electrónico facilita la continuidad de la atención médica en distintos niveles de la atención (medicina familiar y hospitales), el intercambio, la portabilidad y la disponibilidad de la información en línea las 24 horas, así como el control del perfil de salud de la población atendida, mejorando el nivel de la seguridad de la atención. Sin embargo, es necesario generar registros automatizados que permitan un análisis de morbilidad, terapéutica y seguimiento de los pacientes al alcance del clínico. En psiquiatría de enlace esto está lográndose con proyectos como el MICROCARES, de James Strain, en Nueva York y otras partes del mundo.^{32,33}

La calidad de la atención, de acuerdo al Instituto de Medicina, es el grado en el que la atención incrementa las probabilidades de obtener los resultados de salud deseados de acuerdo con el conocimiento médico vigente.³⁴ La calidad es algo que es posible medir y mejorar, aunque es muy difícil lograrlo.^{35,36} Los indicadores de proceso permiten motivar a los clínicos a conseguir cambios que produzcan mayor efectividad en el corto plazo.^{37,38} Este trabajo propone indicadores clínicamente relevantes que pueden emplearse como referencias en la medición de iniciativas de mejora en los servicios de enlace en los hospitales generales de las instituciones de salud.

Tanto el Instituto de Medicina como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, han enfatizado en la continuidad del tratamiento antidepresivo por lo menos 12 semanas en la fase aguda y 24 semanas en la fase de mantenimiento, como el medio para incrementar la probabilidad de un tratamiento efectivo. La adherencia al tratamiento es un reflejo indirecto de la efectividad del mismo y de la satisfacción del paciente y del médico con el resultado.

Por otra parte, la alta recurrencia de los cuadros depresivos hace del mantenimiento un indicador relevante en la atención de la depresión.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran la muestra relativamente pequeña y el diseño retrospectivo, que no permiten establecer relaciones causales entre la medición clinimétrica, las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas y los resultados en salud. El análisis de los expedientes electrónicos fue realizado nota por nota, ya que el sistema actualmente no permite al clínico el análisis de la información con datos agrupados. El momento en el que se decidió la elaboración del proyecto (en el transcurso de 2006) produjo una asimetría entre el número de notas revisadas de 2005 (333) y de 2006 (89). Sin embargo, por los patrones en el análisis ambas muestras parecen representar las prácticas clínicas en los diferentes puntos del tiempo.

La evaluación de la remisión de síntomas depresivos debe acompañarse por la estimación del grado en que el paciente ha recuperado su funcionalidad social y familiar en forma íntegra y siente satisfacción con su vida.

De acuerdo con la información obtenida del expediente electrónico, se confirma que el uso de escalas en la práctica clínica cotidiana es aún bajo.²² Aunque clínicamente es posible definir la remisión como ausencia de síntomas depresivos, la mayor parte de los pacientes tiene síntomas residuales que favorecen recaídas y reducen la calidad de vida. Por ello, es relevante conocer el tipo y magnitud de estos síntomas. Como estrategia de mejora en servicios de enlace se requiere incrementar la aplicación de escalas clinimétricas como la escala de HAM-7 (para cuya aplicación son necesarios cinco minutos a diferencia de 10 minutos para HAM-17 o para la de Montgomery-Asberg), y de la psicoterapia basada en la evidencia en el manejo del paciente deprimido médicamente enfermo. Estas intervenciones implican una adecuada actualización en clinimetría, psicofarmacología y psicoterapia de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. La Asociación Psiquiátrica Americana demanda para la certificación de los especialistas el dominio de las terapias cognitivo-conductual e interpersonal.

Otras áreas a explorar en el futuro en las notas clínicas es el nivel de participación del paciente en

la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su enfermedad,³⁹ y la aplicación de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas específicas para diversos tipos de enfermedad de base.^{40,41}

En el futuro será posible contar con apoyo informático en la toma de decisiones clínicas, es decir, a partir de un diagnóstico médico será posible dar seguimiento en tiempo real a las posibles interacciones fármaco-enfermedad y fármaco-fármaco (por ejemplo, la precaución en el uso de anfebutamona en pacientes con antecedente de crisis convulsivas, o la alerta que prevenga el uso de tricíclicos con efectos anticolinérgicos en pacientes con edad avanzada o deterioro cognitivo).

Es deseable realizar un análisis cuidadoso de los servicios y alternativas terapéuticas en relación al costo-efectividad de las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, en una época que demanda una gran eficiencia de los servicios. La medición y mejora de la calidad constituyen elementos centrales del nuevo profesionalismo médico.⁴²⁻⁴⁴

Conclusiones

La información obtenida del expediente electrónico sugiere como áreas de oportunidad de mejora, incrementar la proporción de pacientes que alcanzan remisión en la fase aguda de la enfermedad y la aplicación de escalas clínicas y de psicoterapia basada en la evidencia. Se requiere promover la capacitación y el diseño de servicios que faciliten la medición objetiva de los síntomas depresivos y la aplicación del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (cognitivo conductual e interpersonal) en el paciente deprimido médicamente enfermo.

Referencias

1. Thase ME. Preventing relapse and recurrence of depression: a brief review of therapeutic options. *CNS Spectrum* 2006;12:12-21.
2. Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, Hussain BM, Krishnan R. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J Surg Oncol* 2006;4:68.
3. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Clary GL, et al. Prognostic value

- of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2004;110:3452-3456.
4. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, McGill JB, Carney RM. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosom Med* 2003;65:376-383.
5. Rush AJ, Trivedi M, Carmody TJ, Biggs M, Shores-Wilson K, Ibrahim I, et al. One-year clinical outcomes of depressed public sector outpatients: a benchmark for subsequent studies. *Biol Psychiatry* 2004;56:46-53.
6. Hermann RC. Interpreting measurement data for quality improvement: standards, means, norms, and benchmarks. *Psychiatr Serv* 2003; 54:655-657.
7. Paolo S, Frank E. Interpersonal psychotherapy as augmentation treatment in depressed elderly responding poorly to antidepressant drugs: a case series. *Psychother Psychosom* 2002;71:357-361.
8. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:953-959.
9. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-570.
10. McBride C, Atkinson L, Quilty LC, Bagby RM. Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:1041-1054.
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20:64-78.
12. Stevens DP, Wagner EH. Transform residency training in chronic illness care — now. *Acad Med* 2006; 81:685-687.
13. Kattelnick DJ, Von Korff M, Chung H, Provost LP, Wagner EH. Applying depression-specific change concepts in a collaborative breakthrough series. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31:386-397.
14. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WS, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Second edition. Oxford, UK: Churchill Livingstone; 2000. p. 13.
15. Vázquez F. Medicina basada en la evidencia. México: Intersistemas; 2005. p. 309.
16. Hermann R, Mattke S; Members of the OECD Mental Health Panel. Selecting indicators for the quality of mental health care at the health system level in OECD countries. France: OECD Health Technical Papers; 2004.

17. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Segunda edición. México: Intersistemas; 2002.
18. APA Task Force on Quality Indicators. Quality indicators. Defining and measuring quality in psychiatric care for adults and children. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 20-44.
19. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* 1998;39:S8-S30.
20. National Committee on Quality Assurance. Standards for the accreditation of MCO's. Washington, DC: NCQA; 1999.
21. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:358-364.
22. McIntyre RS, Zonarski JZ, Manzini DA, Fulton KA, Parikh SV, Grigoriadis S, et al. Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ* 2005; 173:1-8.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
24. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
25. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-389.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67: 361-370.
27. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-1156.
28. Leon AC, Shear MK, Klerman GL. A comparison of symptom determinants of patient and clinical global ratings in patients with panic disorder and depression. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13:327-331.
29. Ruiz LG. Psicoterapia interpersonal. México: Intersistemas; 2000. p. 18-23.
30. Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Russell L, Barnes, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-376.
31. Ruiz LG, Vázquez F, Corlay I, Báez A. Inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina. *Rev Med IMSS* 1998;32:267-270.
32. Chiu NM, Strain JJ, Sun TF, Strain JJ, Lee Y, Chong MY, et al. Development of a Taiwanese computerized database for psychiatric consultation in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:292-297.
33. Strain JJ, Strain JJ, Mustafa S, Sultana K, Cartagena-Rochas A, Ruiz LG et al. Consultation-Liaison literature database: 2003 update and national lists. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:377-478.
34. Brook R. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:281-295.
35. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611-1625.
36. Schneider F, Harter M, Brand S, Sitta P, Rter H, Menke R, et al. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psy* 2005;187:462-469.
37. Aguirre-Gas HG. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. Tercera edición. México: CAMS-Noriega Editores; 2002. p. 79.
38. Garduño J, Cuevas ML. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Moreno L, editor. *Epidemiología clínica*. Segunda edición. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1994. p. 217-234.
39. Anderson RM, Funnell M. The art of empowerment. Stories and strategies for diabetes educators. Washington, DC: American Diabetes Association; 2000. p. 121-140.
40. Ruddy R, House A. Meta-review of high-quality systematic reviews of interventions in key areas of Liaison psychiatry. *Br J Psychiatry* 2005;187:109-120.
41. Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioural interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives. *Cancer Nurs* 1997;20:155-167.
42. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000;75:612-616.
43. Plsek P. Quality improvement methods in clinical medicine. *Pediatrics* 1999;103:203-214.
44. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm*. US: National Academy Press; 2000. **[11]**