

El médico de familia infradiagnostica a pacientes con depresión y sobrediagnostica a pacientes sin depresión

Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374:609-19.

Objetivo. Determinar el porcentaje de falsos positivos, falsos negativos, verdaderos positivos y verdaderos negativos cuando el médico de familia diagnostica depresión en atención primaria. La hipótesis es que el número de falsos positivos (sobrediagnosticados) es mayor que el número de falsos negativos (infradiagnosticados).

Fuentes de datos. Se realizó una búsqueda en Medline desde enero de 1966 a abril de 2009; PsylINFO desde enero de 1887 a abril de 2009; Embase desde enero de 1980 a abril de 2009 y Scopus desde enero de 1980 a abril de 2009. Las palabras clave fueron: "general practice o primary care of family practice" y "diagnosis o detect o recogni" y "depression o mood o affect". Las entrevistas psiquiátricas fueron buscadas con las palabras "ICD", "ICD 10", "DSM", "DSMIII", "DSMIV", "SCID", "CID", "PSE", "DIS", "interview" o "structured".

Selección de estudios. El principal criterio de inclusión fueron los estudios en los que los médicos de familia no utilizaban instrumentos, escalas, programas educativos u otras ayudas diagnósticas. En los que se realizaba esta valoración con posterioridad sólo se incluían las valoraciones previas a su utilización. Para aumentar la fuerza del estudio sólo se incluyeron aquellos con un mínimo de 50 casos. Debían incluir un diagnóstico por un psiquiatra experto o una entrevista estructurada o semi-estructurada validada. Sólo se analizaban los datos de depresión mayor. Se incluyeron 118 estudios en los que no se utilizaron instrumentos diagnósticos de depresión por el médico de familia. De ellos, solo 41 utilizaron como patrón oro una entrevista estructurada o semi-estructurada.

Extracción de datos. Dos autores extrajeron los datos de los estudios y un tercero los reexaminó independientemente. Siguieron los criterios de una guía recientemente publicada para valorar la extracción de datos "guidelines for diagnostic test". Cada informe incluía: edad y otros datos sociodemográficos, tipo de estudio y duración de la depresión. Al final dos autores aplicaban una escala de 5 puntos a cada publicación.

Resultados principales. En los 41 estudios se examinaron 50.371 pacientes. La prevalencia de depresión fue del 18,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 13,5% a 23,9%) en adultos de 18 a 65 años y del 27,6% (17,4% a 39,1%) en mayores de 65 años. Los médicos de familia identificaron correctamente depresión en el 47,3% (IC del 95%: 41,7% a 53,0%) de los casos y lo anotaron en su historia clínica en el 33,6% (22,4% a 48,7%). En 19 estudios se valoró la sensibilidad, que fue del 50,1% (41,3% a 59,0%), y la especificidad, que fue del 81,3% (74,5% a 87,3%). El valor predictivo positivo fue del 42,0% (39,6% a 44,3%) y el valor predictivo negativo del 85,8% (84,8% al 86,7%). Estos datos sugieren que de cada 100 pacientes seleccionados en atención primaria hay más falsos positivos (n = 15) que no diagnosticados (n = 10) y que bien identificados (n = 10).

Conclusión. Los médicos de familia detectan a menos de la mitad de los pacientes con depresión que acuden a su consulta y además sobrediagnostican a pacientes que realmente no tenían depresión.

Comentario

El 14% de los individuos sufre a lo largo de su vida una depresión mayor. Diversos estudios apuntan a la dificultad que tienen todas las especialidades médicas en identificar este trastorno en su práctica habitual. El WHO Pri-

mary Care encuentra que el 54,2% de los pacientes con depresión mayor era diagnosticado por su médico como un problema psicológico sin un diagnóstico correcto de su patología. El infradiagnóstico de depresión en la mayoría de los estudios está en torno al 50%.

Un punto interesante y novedoso de este metaanálisis son los datos de sobrediagnóstico con las consecuencias de un tratamiento innecesario para estos pacientes. En el National Comorbidity Replication Study casi el 40% de los individuos que eran tratados de depresión no tenía este diagnóstico.

El criterio de inclusión principal de este metaanálisis consistía en que el médico de familia no utilizase ningún método diagnóstico (escalas, tests, entrevistas estructuradas) para detectar depresión en su práctica habitual. Por lo tanto, el médico atiende a un paciente que acude por cualquier problema y no sabemos si consulta por su sintomatología depresiva. En esta situación el médico debe priorizar la importancia de los problemas que padece el paciente. En esta priorización la mayoría de los autores coinciden en colocar en un segundo plano la depresión. Con este enfoque podemos entender la razón por la que la mitad de los pacientes con depresión que acuden a consulta no recibe un diagnóstico. Para los autores de este artículo la razón está en la baja prevalencia del trastorno en atención primaria (10-20%) y en la gran variabilidad individual en cuanto a la expresión emocional.

En cuanto al sobrediagnóstico (falsos positivos), una posible interpretación podría estar en la dificultad del manejo de la depresión por parte del médico de familia. Diagnosticar de depresión a un paciente que no la padece tiene sus consecuencias en cuanto a su posible medicalización y en cuanto a la utilización de unos recursos que sin duda otros sí requerirían.

La principal limitación de este estudio es la no existencia de un método estandarizado para evaluar la opinión del médico de familia respecto al diagnóstico de depresión. Se evalúan las anotaciones en la historia clínica en la mayoría de los estudios. Es remarcable en los resultados que aunque identificaron correctamente depresión en el 47,3% (41,7% a 53,0%), sólo lo anotaron en su historia clínica en el 33,6% (22,4% a 48,7%).

Otra limitación hace referencia a la evolución en el tiempo del diagnóstico inicial del médico de familia. En atención primaria es frecuente y conveniente recurrir a varias entrevistas antes de diagnosticar una depresión. En una entrevista estructurada o semiestructurada se requiere un diagnóstico al finalizarla. Este aspecto no se recoge en la mayoría de estos estudios.

Dentro de este metaanálisis se incluye un estudio realizado por Aragonés et al en España. Participaron 23 médicos de familia, 306 pacientes con depresión y el patrón oro fue "SCID-DSM IV". El médico diagnosticó correctamente a 120 pacientes, lo que suponía un 39,2%. La sensibilidad fue del 71,7%, la especificidad del 59,7%, el valor predictivo positivo del 53,4% y el valor predictivo negativo del 76,6%. Respecto a los estudios del metaanálisis, podemos destacar una baja especificidad y una aceptable sensibilidad.

Levy Chocrón Bentata

Centro de Salud Alameda de Osuna 1. Área 4. Madrid. España.