



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/23 - PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Cuevas Fernández¹, A. Pérez de Armas², E. Cerdeña Rodríguez³, T. Rodríguez Armas², P. González Medina⁴, M. Iglesias Girón⁵ y M. García Marrero¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ²Residente de 4º años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ³Enfermero. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Estudiante de 6º año de Medicina. Universidad La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Objetivos: Estudiar la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en atención primaria (AP) y buscar posibles factores influyentes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Selección aleatoria de 587 pacientes con DM2 de un centro de salud docente. Recogida mediante revisión de historias clínicas informatizadas del diagnóstico “depresión” como variable dependiente, y como variables predictoras: sociodemográficas (sexo, edad, medio, situación laboral, nivel de estudios), hábitos (tabaquismo, dieta, actividad física), clínicas (control DM2 [redGDPS 2018], síndrome metabólico, hipertensión arterial [HTA], dislipemia, índice de masa corporal [IMC], años de evolución de la DM2, comorbilidades [Charlson]), seguimiento de programa, realización en los últimos 2 años de electrocardiograma [ECG] y retinografía, visitas totales en último año al médico de familia [MF] o enfermera [DUE]), otros diagnósticos psiquiátricos (trastorno adaptativo, distimia, ansiedad), terapéuticas (tratamiento antidepresivo y ansiolítico, medicamentos para DM2, otros fármacos, incumplimiento e inercia terapéutica). Análisis estadístico realizado: descriptivo: medidas de tendencia central-dispersión o frecuencias relativas, según corresponda. Bivariante: chi-cuadrado de Pearson o U-Mann Whitney, según corresponda, a un nivel de significación $p < 0,05$, mediante programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados: Análisis descriptivo [% o media (mínimo-máximo; DE)]. Depresión = 16,7%; mujeres = 46,5%, edad = 66,3 (29-91; DE = 11,2); ≥ 75 años = 73,8%; medio urbano = 77,5%; pensionistas = 66,6%; sin estudios/primarios = 85,5%; fumadores = 19,1%; dieta inadecuada = 23,1%; sedentario = 24,9%; mal control de DM2 = 23,7%; síndrome metabólico = 83,6%; HTA = 76,8; dislipemia = 73,6%; IMC = 31,1 (19,2-52,7; DE = 5,2); años evolución DM2 = 8,5 (1-31; DE = 5,3); Charlson = 4,1 (1-13; DE = 2,0); ECG = 61,2%; retinografía = 73,9%; visitas totales = 15,4 (1-88; DE = 11,4); MF = 8,9 (0-40; DE = 6,1); DUE = 4,7 (0-64; DE = 5,8); trastorno adaptativo = 9,2%; distimia = 1,7%; ansiedad = 21%; antidepresivos = 20,1%; ansiolíticos = 24,4%; medicamentos DM2 = 1,9 (0-6; DE = 1,2); otros fármacos = 6,5 (0-24; DE = 3,9); incumplimiento = 4,4%; inercia = 56,8%. Análisis bivariante. Mayor porcentaje depresión: mujeres (23,8% vs. 10,5%; $p = 0,005$); ≥ 75 años (24% vs. 14,1%; $p = 0,005$); sedentarios (19,2% vs. 8,5%; $p = 0,011$); buen control DM2 (19% vs. 9,4%; $p = 0,008$); sin ECG (20,2% vs. 14,5%; $p = 0,072$); sin retinografía (24,8% vs. 13,8%; $p = 0,002$); > 10 visitas totales (P-25 = 10; P-50 = 16, P-75 = 22,5 vs. P-25 = 8, P-50 = 12, P-75 = 18; p visitas MF (P-25 = 6; $p = 0,009$); ≥ 50 visitas (P-25 = 5, P-50 = 7, P-75 = 11; p otros fármacos (P-25 = 6; P-50 = 8, P-75 = 11 vs. P-25 = 3, P-50 = 6, P-75 = 9; $p = 0,001$); con ansiedad (24,4% vs. 14,7%; $p = 0,009$).

Conclusiones: La mayor prevalencia de depresión en DM2, respecto a la población general, global y por sexos, confirma lo conocido. Que los pacientes con DM2 y depresión sean más frecuentadores, pero tengan menor implementación de programa, debe hacernos incidir en su abordaje global. La mayor prevalencia de depresión en pacientes con buen control DM2 podría atribuirse a una elevada prevalencia de depresión en pacientes mayores, con mejor control DM2, por criterios menos exigentes; a un sesgo de clasificación en el diagnóstico de “trastorno adaptativo”; o a la idiosincrasia de esta población. Son necesarios otros estudios para verificar este resultado.

Palabras clave: Diabetes tipo 2. Depresión. Atención primaria.