

# DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR

Resumen de portada:

Es considerable la cantidad de adultos mayores con depresión que se controlan en atención primaria. Los invitamos a revisar aspectos esenciales de epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la depresión en adultos mayores, con un enfoque desde la evidencia y la medicina familiar.

**Palabras clave:** depresión, adulto mayor, antidepressivo, APS, medicina familiar, geriatría.

## DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR

**Autor:** Dra. Karla Brüning I., Residente Medicina Familiar PUC

**Editor:** Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

**Marzo/2019**

### INTRODUCCIÓN

La depresión en adultos mayores es una patología frecuente, que se asocia a comorbilidades, uso excesivo de recursos en salud, suicidio y mortalidad. Generalmente está subdiagnosticada y subtratada.<sup>1</sup>

Se conoce como “late-life depression” a la depresión en personas mayores de 60 años. Dentro de ella se distinguen dos tipos:

- **Depresión de inicio temprano:** inicia antes de los 60 años, y se presenta en adultos mayores como depresión recurrente o crónica.
- **Depresión de inicio tardío:** parte después de los 60 años y estaría asociada a más cambios a nivel neurológico (neuroimágenes, test neuropsicológicos) y demencia.<sup>1,2</sup>

Más del 80% de los casos de depresión son manejados en Atención Primaria de Salud (APS), por lo que es responsabilidad de los médicos generales y familiares pesquisarla, tratarla y derivar en caso de ser necesario.<sup>1</sup> Mayor relevancia aún cobra el diagnóstico oportuno, ya que se conoce la importancia de la depresión en adultos mayores como factor de riesgo de demencia, o como manifestación de ésta.<sup>2</sup>

#### ¿Cómo es la epidemiología de la depresión en adultos mayores?

En Chile, la depresión tiene una prevalencia 6.2%, siendo más común en mujeres (10.1%) que en hombres (2.1%). Al evaluar según grupo etario, no existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia.<sup>3</sup> Sin embargo, la prevalencia puede aumentar en ciertos grupos de adultos mayores alcanzando prevalencias de hasta 33% a 47% en pacientes hospitalizados, enfermos de cáncer, posterior a un ataque cerebrovascular o infarto agudo al miocardio, enfermedad de Parkinson, entre otros,<sup>1</sup> quienes ameritan especial atención en la aparición de síntomas depresivos (ver tabla 1).

#### ¿Cuál es el impacto?

Adultos mayores con depresión tienen mayor mortalidad, mayor riesgo suicida, mayor riesgo de recurrencia de depresión, más demencia, peor evolución en comorbilidades, mayor discapacidad y menor calidad de vida, más consultas ambulatorias y de urgencia, hospitalizaciones más prolongadas, mayor riesgo de consumo de fármacos, alcohol y drogas.<sup>4,6,7,8,9</sup>

### DIAGNÓSTICO

#### ¿Cómo podemos realizar screening?

**Tabla 1: FACTORES DE RIESGO** <sup>4,5</sup>

<b>Bajo soporte social</b> (OR 2.9-13.7)
<b>Institucionalizados</b> (OR 5.1-10.7)
<b>Problemas financieros</b> (OR 4.98)
<b>Antecedente depresión</b> (OR 2.2-3.7)
<b>Comorbilidades</b> (OR 1.5-5.4)*
<b>Deterioro funcionalidad</b> (OR 1.5-6.3)
<b>Deterioro cognitivo</b> (OR 1.4-3.9)
<b>Abuso de alcohol</b> (OR 2.3-4.4)
<b>Insomnio</b> (OR 1.7)
<b>Género femenino</b> (OR 1.3-3.4)
<b>Dolor no controlado</b> (OR 1.2-3)
<b>Eventos vitales adversos</b> (OR 1.2-2.9)
<b>Nivel socioeconómico bajo</b> (OR 1.3-2.7)
<b>Separación/divorcio/viudez</b> (OR 1.1-2)

\*Mayor en inicio reciente, mayor número, mayor severidad, mayor repercusión, características del tratamiento.

Se sugiere realizar pesquisa de depresión en adultos mayores, siempre cuando se disponga de la posibilidad de una confirmación diagnóstica, dado que así se evita el tratamiento innecesario de falsos positivos.<sup>1</sup>

En Chile, en APS se aplica el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) en forma anual, incluyendo la pregunta única: “¿en el último mes se ha sentido deprimido?” Si la respuesta es “sí”, se aplica la “Escala de depresión geriátrica Yesavage abreviada (Minsal, 2008)”, que consta de 15 preguntas, cada una de las cuales otorga 1 punto. Si resulta  $\geq 6$  puntos, se sospecha depresión y se deriva a Médico.<sup>10</sup>

Al evaluar los valores estadísticos, la pregunta única: “¿en el último mes se ha sentido deprimido?” tendría una sensibilidad de 92%, especificidad de 71%, valor predictivo positivo 75% y valor predictivo negativo 91%<sup>11</sup>, por lo que parece ser una buena herramienta de screening. La “Escala de depresión geriátrica Yesavage (versión española)” tendría una sensibilidad de 72.6% y especificidad de 85.5%.<sup>12</sup>

### ¿Cómo se diagnostica la depresión en adultos mayores?

Si bien el diagnóstico de la depresión en adultos mayores se realiza de acuerdo a los criterios DSM-5 (ver Tabla 2), hay ciertas particularidades en la forma de presentación:

- Son menos frecuentes las consultas por ánimo disminuido.
- Con mayor frecuencia consultan por síntomas físicos o cognitivos, irritabilidad o ansiedad.
- Los síntomas suelen ser atribuidos a otras patologías, parte del envejecimiento o demencia.<sup>1,9,13</sup>

**Tabla 2: CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-5)<sup>14</sup>**

**A. Al menos 5 de los siguientes síntomas (debe incluir 1 de los 2 primeros), al menos 2 semanas, con cambio en funcionalidad previa:**

- 1) **Ánimo deprimido** la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2) **Disminución del interés o placer** por casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- 3) **Pérdida o ganancia significativa de peso** (sin dieta), o disminución o aumento del **apetito**, casi todos los días.
- 4) **Insomnio o hipersomnia**, casi todos los días.
- 5) **Agitación o enlentecimiento psicomotor**, casi todos los días.
- 6) **Fatiga o pérdida de energía**, casi todos los días.
- 7) **Sentimientos de inutilidad o culpa** excesiva o inapropiada.
- 8) **Disminución de la concentración** o capacidad de pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
- 9) **Pensamientos de muerte** recurrentes, ideas/plan/intento suicida.

**B. Síntomas causan malestar significativo o deterioro social, laboral o en otra área importante.**

**C. No se atribuye a efectos de una sustancia o afección médica.**

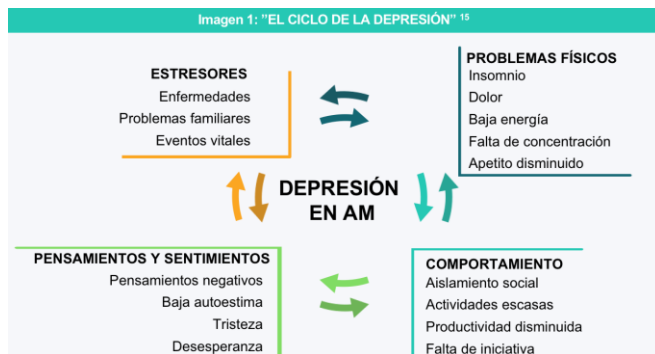
**D. No se explica por trastorno del espectro de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico.**

**E. Nunca ha presentado episodio maniaco o hipomaniaco.**

### ¿Qué debemos explorar en la evaluación clínica?

Es importante consignar una serie de antecedentes como parte de la evaluación integral de los adultos mayores con depresión (ver Tabla 3). Se sugiere intentar siempre un abordaje familiar entrevistando a un acompañante por posible bajo reporte de síntomas depresivos y/o alteraciones de memoria.<sup>1,13</sup>

PSIQUIÁTRICO	MÉDICO	SOCIAL	FAMILIAR
-Diagnósticos y tratamientos previos -Ideación suicida -Antec. intento suicida -Abuso de sustancias -Problemas de memoria -Síntomas psicóticos	-Comorbilidades -Dolor crónico -Fármacos/polifarmacia -Adherencia a tratamientos -Insomnio	-Estrés o pérdidas recientes -Red de apoyo social (aislamiento social) -Acceso a armas	-Patología psiquiátrica -Suicidio -Demencia



El modelo conceptual llamado “el ciclo de la depresión”<sup>15</sup> (Figura 1) es de utilidad para explicar cómo un síntoma puede estar relacionado a otro, y qué aspectos deben ser tratados, para lograr un manejo integral de la patología. La persistencia de factores que afecten alguno de estos ámbitos, se traduce en un círculo vicioso que dificulta el tratamiento eficaz de la depresión. Refleja la necesidad de un abordaje multidisciplinario. Es importante mencionar la relevancia de las intervenciones psicológicas; sin embargo, no es el objetivo de este artículo desarrollar este ámbito.

Adaptado de: Ünützer J, Park M. Older adults with severe, treatment-resistant depression: “I got my mother back.” JAMA, 2012, 308(9), 909-918.

### ¿Qué exámenes de laboratorio se deben solicitar?

No hay consenso, pero en distintas publicaciones se sugiere al menos poder contar con TSH, hematocrito/hemoglobina, vitamina B12, folato y glicemia en ayunas (recomendación clase D).<sup>1,13</sup>

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen distintas fases del tratamiento, cada una de las cuales tiene un objetivo distinto<sup>16</sup>:

1. FASE AGUDA: lograr la remisión de síntomas.
2. FASE DE CONTINUACIÓN: prevenir la recurrencia del mismo episodio (recaída).
3. FASE DE MANTENCIÓN: prevenir futuros episodios recurrentes.

### 1. Fase aguda:

En esta fase es importante lograr idealmente la remisión completa de síntomas, evitando la inercia terapéutica, que puede ser más común al tratar adultos mayores, minimizando a la vez la interacción de fármacos.<sup>16</sup>

### ¿Qué antidepresivo es más eficaz en los adultos mayores?

Al buscar estudios de buena calidad metodológica, no hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la eficacia entre los distintos antidepresivos, al comparar fármacos de las distintas familias entre ellos.<sup>17</sup>

### ¿Cuáles son los factores clave para elegir el fármaco más adecuado?<sup>16</sup>

- Respuesta previa (preferir el mismo si hubo buena respuesta en episodio depresivo previo)
- Comorbilidades
- Interacciones farmacológicas
- Riesgos en caso de sobredosis
- Síntomas concurrentes (por ejemplo, duloxetine en caso de dolor crónico)
- Efectos adversos: criterios STOPP/START<sup>18</sup>, criterios de Beers<sup>19</sup>

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más prescritos en adultos mayores, principalmente por su perfil de efectos adversos al compararlos con las otras familias.<sup>1,13,16</sup>

### ¿Cómo iniciar y titular el antidepresivo?

En adultos mayores se sugiere iniciar con dosis bajas, evaluar la tolerancia y respuesta, e ir aumentando en forma lentamente progresiva hasta lograr la dosis máxima recomendada, la remisión de síntomas o presentar efectos adversos (ver tabla 4), siempre verificando la tolerancia y adherencia a tratamiento (recomendaciones clase D).<sup>16</sup>

Tabla 4: FÁRMACOS DE USO FRECUENTE Y EFECTOS ADVERSOS <sup>1,13,16</sup>

Antidepresivo	Dosis inicio (mg/día)	Dosis promedio (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)	Efectos adversos comunes	Efectos adversos serios (raros)
Citalopram*	10	20-40	20 en >65 años 40 en <65 años	Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, cefalea, disfunción sexual	Hemorragia 2ria a trombocitopenia, hiponatremia, SSIADH, *prolongación QT
Escitalopram*	5	10-20	10 en >65 años 20 en <65 años		
Sertralina	25	50-150	200		
Venlafaxina	37.5	75-225	375	Náuseas, diarrea, mareos, cefalea, disfunción sexual, diaforesis, boca seca	Hipertensión
Mirtazapina	15	30-45	45	Boca seca, sedación, aumento de apetito, aumento de peso	Aumento colesterolemia

(Dosis corresponden a recomendación clase D)

Adaptado de: Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician* 2014;60:121-6  
Kok R, Reynolds C. Management of Depression in Older Adults, A Review. *JAMA*. 2017;317(20):2114-2122  
Taylor WD. Depression in the Elderly. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1228-36

### ¿Cómo mejorar la adherencia?

Influyen el estado cognitivo, las comorbilidades, presencia de polifarmacia, entre otros. Se ha visto que involucrar a los familiares en el tratamiento puede facilitar la adherencia a los fármacos y la mejoría sintomática.<sup>13</sup>

### ¿Cuándo cambiar de antidepresivo?

En caso de efectos adversos o falta de remisión completa de síntomas. No hay claridad sobre la aproximación óptima de

como aumentar o cambiar el fármaco antidepresivo en adultos mayores. Se puede realizar el cambio a un fármaco de la misma familia o de otra. Considerar vidas medias para el traslape entre fármacos.<sup>16</sup>

### **¿Es necesario tomar algún examen de acuerdo al tratamiento elegido?**

- **Control de sodio plasmático al mes de inicio de ISRS** (recomendación clase C). Aproximadamente un 8% de quienes inicien ISRS desarrollará hiponatremia, relacionada a SSIADH, reversible.<sup>16</sup>
- **ECG de base (y de control** en caso de QT límite en ECG basal o uso de otros fármacos con riesgo de prolongación del QT) en caso de uso de **cilalopram o escitalopram**. Evitar estos fármacos en dosis alta.<sup>16</sup>

### **2. Fase de continuación: ¿cuánto debe durar?**

Una vez alcanzada la remisión de los síntomas depresivos, se recomienda mantener el tratamiento al menos durante 12 meses, para disminuir las recurrencias (recomendación clase B).<sup>1,16</sup>

Una revisión sistemática de buena calidad evaluó las recurrencias de acuerdo a la duración de la fase de continuación en adultos mayores, manteniendo la misma dosis de los fármacos que lograron la remisión, y se observa que mantener el tratamiento por 12 meses podría ser beneficioso y disminuye el riesgo de recaída (RR 0.67, IC 95% 0.55-0.82), a diferencia del tratamiento por 6 meses (RR 0.64, IC 95% 0.32-1.27).<sup>20</sup>

### **3. Fase de mantención: ¿en quiénes?**

En algunos casos se sugiere mantener el tratamiento de forma indefinida, con el objetivo de evitar recurrencias: depresión recurrente, depresión grave, remisión parcial de síntomas, necesidad de varios fármacos para lograr remisión. Lo anterior considerando siempre las preferencias del paciente, factores de riesgo de depresión y efectos adversos de los fármacos. (Recomendaciones clase D)<sup>13,16</sup>

## **CONCLUSIONES**

La depresión en adultos mayores no es parte normal del envejecimiento, siendo importante pesquisarla de forma precoz, por el impacto que tiene. La pregunta única “¿en el último mes se ha sentido deprimido?” parece ser una buena herramienta de screening, y puede integrarse a las consultas cotidiana en APS.

En adultos mayores destaca la importancia del enfoque familiar, siendo importante entrevistar a acompañantes e involucrarlos en el tratamiento.

La evidencia disponible sobre tratamiento con fármacos antidepresivos se basa en gran parte en opinión de expertos. No hay diferencias de eficacia entre antidepresivos, pero sí tienen distintos perfiles de efectos adversos, y generalmente se utilizan ISRS como primera línea.

Es importante considerar el estado del paciente para determinar la dosis y titulación de los fármacos. Hay evidencia de que la duración del tratamiento farmacológico en adultos mayores por 12 meses desde la remisión de los síntomas disminuye la tasa de recurrencias. Corresponde evaluar caso a caso qué pacientes se beneficiarían de un tratamiento farmacológico de mantención a largo plazo.

## **REFERENCIAS**

1. Taylor WD. Depression in the Elderly. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1228–36.
2. Espinoza R, Unützer J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. *UpToDate*. Febr 2019.
3. Encuesta Nacional de Salud, 2016-2017. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*.
4. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372–87.
5. Almeida OP, et al. A practical approach to assess depression risk and to guide risk reduction strategies in later life. *Int Psychogeriatrics*. 2011;23(02):280–91.
6. Unützer J, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA*.1997;277(20):1618-23.
7. Unützer J, et al. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service medicare participants. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):506-10.

8. Schoevers RA, et al. Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry*. 2000;177:336-42.
9. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, *American Psychiatric Association*, 2010.
10. Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria. Ministerio de Salud, *Gobierno de Chile*, 2014.
11. Hoyl T, et al. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*. 2000;128(11), 1199-1204.
12. Martínez J, et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12(10)
13. Kok R, Reynolds C. Management of Depression in Older Adults, A Review. *JAMA*. 2017;317(20):2114-2122.
14. Manual de Geriatria para Médicos. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*, 2018.
15. Unützer J, Park M. Older adults with severe, treatment-resistant depression: "I got my mother back." *JAMA*, 2012, 308(9), 909-918.
16. Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician* 2014;60:121-6
17. Mottram PG, Wilson K, Strobl JJ. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003491.
18. Delgado E. et al. Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015 Mar-Apr;50(2):89-96.
19. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 00:1– 21, 2019.
20. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD006727.