Consenso Español de depresión en el anciano

resultados

SEPG

Realizado por:

Luzán 5, S. A. de Ediciones
Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14
28027 Madrid
http://www.luzan5.es

Título original: Consenso Español de depresión en el anciano. Resultados

© 2009, Luzán 5, S. A. de Ediciones

ISBN: 978-84-7989-541-9

Depósito legal:

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

Proyecto promovido y auspiciado por la

Sociedad Española de Psicogeriatría

Comité Científico:

Dr. Manuel Martín. Pamplona

Dr. Luis Agüera. Madrid
Dr. Luis Caballero. Madrid
Dr. Jorge Cervilla. Granada
Dr. José Manuel Menchón. Barcelona
Dr. Ángel Luis Montejo. Salamanca
Dr. Ángel Moríñigo. Sevilla

Colaboración:

Lilly
Av. de la Industria, 30 • 28108 Alcobendas (Madrid)

Asesoría metodológica y análisis estadístico:

Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Grupo Luzán 5 (UICE-L5)

Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14 • 28027 Madrid

Dirección técnica
Dr. Fernando Caballero

Monitorización y seguimiento
Laura Herrero
Gema Gallardo
Patricia Chica

índice

I. Marco teórico y justificación 3
II. Objetivos 3
III. Metodología de Consenso Delphi 3
IV. Resultados 5
V. Conclusiones 14
Bibliografía 16

I. MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN

La investigación clínica experimental en Psiquiatría tiene algunos condicionantes metodológicos intrínsecos que dificultan de forma específica el desarrollo de los proyectos (validez de los criterios e instrumentos diagnósticos empleados en el reclutamiento de casos, adecuación del uso de las escalas de valoración clínica empleadas, estandarización de las intervenciones ensayadas, etc.). Por ello, existen en este ámbito profesional frecuentes controversias bibliográficas sobre los resultados discrepantes de la investigación disponible, que justifican, al menos en parte, la conocida variabilidad de criterio profesional y de hábitos clínicos del colectivo psiquiátrico.

En el caso concreto de las poblaciones geriátricas, además, la frecuente exclusión de los ancianos en los ensayos clínicos farmacoterapéuticos sobre depresión y la práctica inexistencia de información disponible referida a la subpoblación deprimida muy anciana, obligan al psiquiatra a la continua toma de decisiones clínicas en el abordaje de la depresión en los pacientes ancianos con ausencia de sólidas evidencias científicas, o empleando información extrapolada de poblaciones no geriátricas.

Con este proyecto, la Sociedad Española de Psicogeriatría pretende consensuar una propuesta de criterios profesionales y recomendaciones clínicas que facilite el manejo de la incertidumbre clínica en el tratamiento de los pacientes ancianos con trastornos depresivos. Para ello se ha solicitado y analizado el criterio experto de profesionales con un especial interés y dedicación al manejo de estos pacientes, intentando dilucidar las controversias científicas existentes y completar las lagunas informativas actuales.

Para este proyecto se ha convocado a un panel de expertos, clínicos de reconocido prestigio por su conocimiento y experiencia profesional en la depresión geriátrica, con la intención de lograr el mayor consenso posible mediante una técnica Delphi modificada (en dos rondas), un procedimiento de consenso experto, fiable y con larga tradición de uso en biomedicina[1].

Esta técnica permite explorar las opiniones previas y obtener un consenso experto sobre un tema de estudio, evitando las dificultades e inconvenientes de las conferencias de consenso con discusión presencial (desplazamientos, sesgos de influencia, predominio no controlado de los líderes, pérdida de confidencialidad, etc.).

Se presentan a continuación los resultados y conclusiones obtenidas, esperando que resulten de interés no sólo para el colectivo psiquiátrico sino también para otros profesionales que atienden ancianos rutinariamente (Atención Primaria, Geriatría, Neurología,…).

II. OBJETIVOS

Consensuar una propuesta de criterios profesionales y recomendaciones clínicas expertas que faciliten el manejo de la incertidumbre clínica inherente a la toma de decisiones para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes ancianos con trastornos depresivos.

III. METODOLOGÍA DE CONSENSO DELPHI

El método Delphi modificado se desarrolla mediante dos rondas sucesivas de encuesta estructurada con respuestas cerradas llevada a cabo por vía postal (e-mail) al panel de expertos. Entre ambas rondas cada participante recibe el procesamiento de los resultados intermedios logrados por el panel, lo que ofrece la oportunidad de contrastar la opinión personal con la de los restantes panelistas y reconsiderar su posicionamiento.

Algunas ventajas importantes de este método son:

- El anonimato en la defensa de las opiniones individuales.
- La interacción controlada de cada miembro con las opiniones del resto del grupo.
- La oportunidad de reflexionar y reconsiderar la opinión propia por parte de cada participante entre la primera y la segunda ronda.

- La posibilidad de cambiar de criterio, si los argumentos presentados así lo justifican, sin que resulte manifiesto ante el resto del panel.
- La validación estadística del consenso logrado.

Existen tres tipos de participantes en una encuesta Delphi, con distintas responsabilidades:

- El **Comité Científico** es el encargado de la revisión sistemática del tema de estudio, de la definición de contenidos de los cuestionarios, de la selección del panel de expertos y de la redacción del documento de conclusiones finales.
- El **Equipo Técnico** es el responsable de la implantación del método (edición y difusión del primer cuestionario; análisis de respuestas de la primera circulación, informe provisional y difusión del segundo cuestionario; análisis del segundo cuestionario; interpretación estadística del consenso logrado).
- El **Panel de Expertos** es el conjunto de panelistas de reconocido prestigio profesional a los que se solicita opinión durante el proceso.

En este proyecto, el Panel de Expertos lo han conformado profesionales con experiencia clínica y reconocimiento profesional específicos en el abordaje de la depresión en pacientes ancianos, tanto del ámbito de la Psicogeriatría como de la Psiquiatría general, seleccionados bajo el criterio del Comité Científico. Finalmente fueron invitados 63 profesionales procedentes de todas las comunidades autónomas, de los que aceptaron participar 59 panelistas.

Instrumentación: encuesta delphi

El Comité Científico, con la pertinente supervisión metodológica, redactó los ítems de encuesta, construidos a modo de aseveraciones (afirmativas y negativas), a partir de las cuales se solicitó el acuerdo/desacuerdo profesional de los panelistas.

Las propuestas individuales de los miembros del Comité se sometieron a la consideración de los restantes miembros. La formulación final de cada ítem de encuesta se decidió por unanimidad o, en su defecto, consenso simple (mayoría simple sin veto expreso de ningún miembro).

En su versión definitiva la encuesta se estructura en siete áreas temáticas:

- Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos.
- Características clínicas de la depresión en ancianos.
- Diagnóstico de la depresión en ancianos.
- Pronóstico de la depresión en ancianos.
- Tratamiento de la depresión en ancianos.
- Manejo de situaciones especiales y de comorbilidad en ancianos deprimidos.
- Algunos criterios sobre la capacitación profesional para abordar la depresión del anciano.

El trabajo de campo del proyecto se desarrolló durante seis semanas, entre los meses de abril y junio del año 2008, y empleó el correo electrónico como vía de distribución y recogida de formularios.

Se propuso un solo tipo de escala valorativa para todas las cuestiones, ordinal de tipo Likert con cinco categorías de respuesta detalladas mediante un cuantificador lingüístico y un descriptor numérico para cada opción: 1 = total acuerdo con el ítem, 2 = más bien de acuerdo, 3 = ni acuerdo ni desacuerdo (no tengo un criterio definido), 4 = más bien en desacuerdo, 5 = total desacuerdo con el ítem.

Opcionalmente los participantes pudieron incluir comentarios aclaratorios o sugerencias de adición o modificación a los ítems de cada ronda.

Análisis de resultados e interpretación del consenso

Para cada ítem de encuesta se calcula la media de puntuaciones de los panelistas y el intervalo de confianza al 95% del promedio.

Para la interpretación por estimadores estadísticos se emplean los siguientes **criterios expresos de consenso logrado o fallido:**

- Cuanto menor sea el promedio (más próximo a 1) en cada ítem, mayor será el acuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.
- Cuanto mayor sea el promedio (más próximo a 5) en cada ítem, mayor será el desacuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.
- Cuanto menor sea el intervalo de confianza, mayor unanimidad existirá en las opiniones de acuerdo o desacuerdo del grupo.
- Si el intervalo de confianza engloba el valor 3 ("Ni acuerdo ni desacuerdo"), el grupo no logra un consenso unánime en una u otra dirección. En este caso se describirán las causas del no consenso en ningún sentido lateral (o bien existen opiniones marcadamente diferentes entre los panelistas, o bien la mayoría del grupo opina no tener un criterio definitivo sobre el ítem).

Aunque esta metodología de análisis está ampliamente difundida en estudios previos[2-3], a modo de comprobación se ha verificado el consenso resultante bajo otros criterios estadísticos alternativos empleados por otros autores en estudios con similares escalas de evaluación[4-6], a saber: coeficiente de variación menor de 0,3; promedio de las puntuaciones inferior a 2,5 o superior a 3,5, suma de los porcentajes de los valores extremos (1+2, o 4+5) superior al 70% de la respuestas (respectivamente para el acuerdo y el desacuerdo) y mediana distinta al punto central.

IV. RESULTADOS

Globalmente considerado, el panel logró un consenso suficiente en el 85,18% de los contenidos propuestos. En 8 ítems (14,81% del cuestionario) no se consiguió suficiente unanimidad de criterio en el panel, bien por disparidad de opinión profesional, bien por falta de criterio establecido en una mayoría de los expertos.

En la primera ronda se consensuaron 39 de las 54 cuestiones analizadas según los criterios de evaluación pre-establecidos (27 de ellas en términos de acuerdo grupal con las cuestiones planteadas y 12 en términos de desacuerdo grupal). De los 15 ítems restantes propuestos a la reconsideración de los expertos en la segunda ronda se lograron consensuar 7 más (5 de ellos en acuerdo grupal con el ítem planteado y 2 en términos de desacuerdo grupal unánime con el ítem planteado).

Descriptores estadísticos del consenso

En la tabla I se muestra el promedio y los límites superior e inferior de su intervalo de confianza al 95% para cada ítem de encuesta, tras las dos rondas.

TABLA I. Resultados tras dos rondas de encuesta Delphi. Para cada ítem se indica el grado y dirección del consenso mediante la puntuación promedio grupal en la escala 1-5 (1 = Acuerdo total, 2 = De acuerdo, 3 = Ni acuerdo ni desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = En total desacuerdo)

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
1. La depresión mayor es más frecuente en el anciano que en el adulto más joven.	2,52	2,27	2,77	(*) No consenso
2. Los factores genéticos y familiares juegan un papel más importante en la depresión del anciano conforme ésta se inicia a una edad más avanzada.	3,92	3,70	4,15	5,9
3. Los procesos degenerativos tienen un papel importante en la etiología de la depresión en el anciano.	1,74	1,56	1,91	1,9
4. Los factores de estrés psicosocial –por ejemplo, duelo, soledad, pobreza– juegan un papel importante como desencadenantes de la depresión en el anciano.	1,39	1,24	1,53	0
5. El ingreso en una residencia de ancianos determina frecuentemente la aparición de una depresión.	2,19	1,92	2,46	11,5
6. La comorbilidad somática, especialmente los procesos de tipo cardiovascular, dolorosos o incapacitantes, se asocia frecuentemente a depresión en el anciano.	1,46	1,31	1,62	0
7. El concepto de depresión vascular tiene una clara utilidad clínica.	2,55	2,28	2,82	(*) No consenso
8. El concepto de pseudodemencia depresiva es útil en la práctica clínica.	2,38	2,08	2,67	17,8

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
9. La depresión delirante es más frecuente en el anciano que en el adulto joven.	1,75	1,55	1,96	5,7
10. La depresión con melancolía es menos frecuente en ancianos que en el adulto joven.	3,66	3,39	3,94	17
11. La distimia es igual de frecuente en el anciano que en poblaciones más jóvenes.	3,51	3,26	3,76	20,8
12. Los ancianos tienden a presentar depresión subclínica con menos frecuencia que los adultos jóvenes.	3,60	3,26	3,95	20,7
13. Las quejas somáticas son un síntoma más frecuente en la depresión del anciano que en sujetos más jóvenes.	1,44	1,30	1,59	0
14. Los estudios clínicos deberían diferenciar entre las personas ancianas y las muy ancianas (mayores de 80 años) porque las causas de la depresión y/o su expresión clínica es diferente entre estos dos grupos.	1,93	1,66	2,19	9,3
15. La disfunción ejecutiva es la alteración cognitiva más relevante en la depresión del anciano.	2,39	2,18	2,61	16,1

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
16. En el diagnóstico de la depresión en el anciano es imprescindible realizar una valoración cognitiva del paciente.	1,37	1,18	1,56	3,7
17. En toda depresión de inicio en ancianos es necesario realizar al menos un estudio analítico básico.	1,23	1,08	1,38	1,9

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
18. En toda depresión de inicio en ancianos es necesario realizar un estudio de neuroimagen (como por ejemplo, TAC craneal).	2,28	1,96	2,60	22,2
19. Los criterios diagnósticos estándar DSM/CIE son útiles para diagnosticar depresión en ancianos.	3,21	2,95	3,48	(*) No consenso

PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
20. Los pacientes mayores de 60 años responden peor a los tratamientos farmacológicos con fármacos antidepresivos que en el resto de las edades.	3,15	2,86	3,45	(*) No consenso
21. La edad avanzada es un factor de riesgo para el suicidio consumado en pacientes con depresión.	1,87	1,53	2,21	15,4
22. La evolución a demencia es una complicación frecuente de la depresión, especialmente en los cuadros con afectación cognitiva importante.	2,15	1,83	2,48	15,4

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
23. Los antidepresivos ISRS son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	2,00	1,78	2,22	7,4
24. Los antidepresivos ISRNS son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	2,17	1,94	2,39	11,1
25. Los antidepresivos tricíclicos son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	4,31	4,12	4,51	1,9
26. Otros antidepresivos son los fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión en el anciano (si se elige "Total acuerdo" o "Acuerdo" en este ítem, especificar el/los agente/s antidepresivo/s).	3,55	3,33	3,76	9,1
27. Los fármacos ISRNS logran mayor eficacia en el tratamiento de la depresión en el anciano comparados con los ISRS.	2,62	2,36	2,88	(*) No consenso
28. Los agonistas dopaminérgicos tienen un papel destacado en el tratamiento de la depresión en el anciano.	2,38	2,08	2,67	21,4
29. La reciente introducción de fármacos como duloxetina o bupropion puede mejorar la respuesta terapéutica de la depresión en el anciano.	2,02	1,82	2,21	3,7
30. La información clínica y biológica disponible –incluyendo los resultados de los ECC– permite hacer una indicación terapéutica selectiva de los antidepresivos en ancianos.	2,96	2,68	3,25	(*) No consenso
31. En general no es necesario hacer un ajuste inicial de dosis al tratar la depresión del anciano con fármacos antidepresivos.	3,83	3,57	4,10	11,2
32. En caso de resistencia o respuesta insuficiente a un fármaco antidepresivo en pacientes ancianos, se debe aumentar la dosis máxima recomendada para cada agente.	2,20	1,95	2,45	13,3
33. En caso de resistencia o respuesta insuficiente con un solo fármaco antidepresivo, la asociación de antidepresivos es una opción adecuada en pacientes ancianos.	2,09	1,80	2,38	15,6
34. En caso de resistencia o respuesta insuficiente a un ISRS en ancianos, resulta adecuado cambiar el tratamiento a un antidepresivo dual.	1,82	1,65	2,00	2,2
35. La causa más frecuente de falta de eficacia de los antidepresivos es la administración de una dosis inadecuada.	2,40	2,16	2,65	19,0
36. La disfunción sexual provocada por antidepresivos no supone un problema en los ancianos que se mantienen sexualmente activos.	3,96	3,73	4,20	7,5

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
37. En la depresión del anciano pueden emplearse tratamientos concomitantes como hipnóticos y ansiolíticos benzodiacepínicos sin tomar ninguna precaución especial.	4,26	4,02	4,50	5,6
38. La psicoterapia puede ser especialmente útil cuando existen factores psicosociales identificados en el origen o mantenimiento de la depresión.	1,87	1,73	2,01	0
39. La psicoterapia puede ser especialmente útil cuando los fármacos son poco eficaces o mal tolerados.	2,96	2,68	3,24	(*) No consenso
40. El ejercicio físico mejora la depresión en los pacientes geriátricos.	2,02	1,84	2,20	1,9
41. La terapia electroconvulsiva está indicada en ancianos con depresión refractaria o grave riesgo de suicidio.	1,66	1,53	1,79	0
42. La terapia electroconvulsiva no se puede utilizar como tratamiento de mantenimiento por sus riesgos.	3,63	3,33	3,93	16,3

MANEJO DE SITUACIONES ESPECIALES Y DE COMORBILIDAD EN ANCIANOS DEPRIMIDOS

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
43. En caso de duda entre depresión y pseudodemencia depresiva nunca debe iniciarse tratamiento y esperar a establecer el diagnóstico definitivo.	4,24	3,94	4,55	9,3
44. La depresión acompañada de importantes alteraciones cognoscitivas indica una mayor gravedad, con recuperación más lenta y dificultosa.	2,00	1,74	2,26	11,2
45. No es necesario tratar de forma específica la depresión que complica el curso de una demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer).	4,13	3,84	4,43	11,3
46. Las depresiones vasculares responden peor al tratamiento antidepresivo estándar.	1,98	1,71	2,25	8,9
47. El caso particular de las depresiones psicóticas requiere un tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos asociados, cuando no terapia electroconvulsiva.	1,54	1,30	1,77	3,7
48. En caso de varios episodios depresivos previos está aconsejado el tratamiento de mantenimiento con una duración indefinida.	1,33	1,19	1,47	0
49. En caso de resistencia o respuesta insuficiente con un solo fármaco antidepresivo la adición de sales de litio es una opción adecuada en pacientes ancianos.	3,51	3,27	3,75	21,3
50. En la depresión asociada a la enfermedad de Parkinson los ISRS no son agentes de primera elección por el posible empeoramiento de los síntomas parkinsonianos.	2,93	2,66	3,20	(*) No consenso
51. En los pacientes ancianos que toman anticoagulantes no es preciso adoptar precauciones especiales al prescribir un fármaco antidepresivo.	3,91	3,67	4,15	9,1

ALGUNOS CRITERIOS SOBRE LA CAPACITACIÓN PROFESIONAL PARA ABORDAR LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO

	Media	LI-IC	LS-IC	% en contra
52. La mayoría de las depresiones en el anciano pueden diagnosticarse y tratarse en Atención Primaria.	2,50	2,28	2,75	25,0
53. El abordaje actual de los ancianos deprimidos en Atención Primaria es frecuentemente inapropiado.	2,26	2,00	2,52	14,9
54. El psiquiatra precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano.	2,20	1,98	2,42	13,0

- (*) Item no consensuado según los criterios expresos de consenso (ver pág. 5).
- LI-IC y LS-IC: límite inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% del promedio.
- % en contra: porcentaje de panelistas con opiniones contrarias al consenso grupal logrado Σ de opciones 4 y 5 en caso de acuerdo grupal, Σ de opciones 1 y 2 en caso de desacuerdo grupal).

Representación gráfica del consenso

Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos

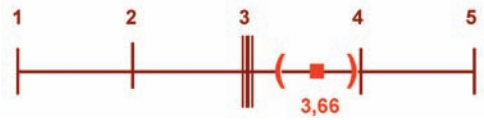
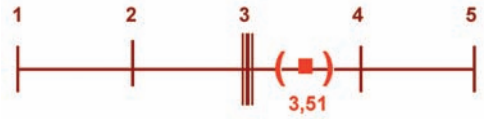
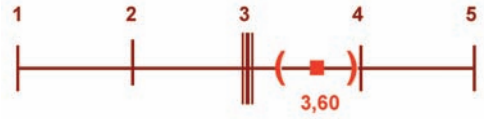
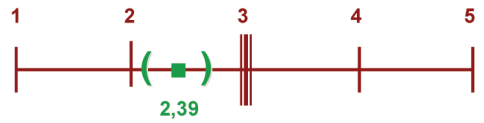
El abordaje de la depresión en el anciano requiere conocer y valorar las siguientes peculiaridades epidemiológicas y causales del trastorno en poblaciones geriátricas:

	Acuerdo — Desacuerdo
1. La depresión mayor es más frecuente en el anciano que en el adulto más joven.	1 2 3 4 5 — 2,52 (*)
2. Los factores genéticos y familiares juegan un papel más importante en la depresión del anciano conforme ésta se inicia a una edad más avanzada.	1 2 3 4 5 — 3,92
3. Los procesos degenerativos tienen un papel importante en la etiología de la depresión en el anciano.	1 2 3 4 5 — 1,74
4. Los factores de estrés psicosocial –por ejemplo, duelo, soledad, pobreza– juegan un papel importante como desencadenantes de la depresión en el anciano.	1 2 3 4 5 — 1,39
5. El ingreso en una residencia de ancianos determina frecuentemente la aparición de una depresión.	1 2 3 4 5 — 2,19
6. La comorbilidad somática, especialmente los procesos de tipo cardiovascular, dolorosos o incapacitantes, se asocia frecuentemente a depresión en el anciano.	1 2 3 4 5 — 1,46
7. El concepto de depresión vascular tiene una clara utilidad clínica.	1 2 3 4 5 — 2,55 (*)
8. El concepto de pseudodemencia depresiva es útil en la práctica clínica.	1 2 3 4 5 — 2,38

Características clínicas de la depresión de ancianos

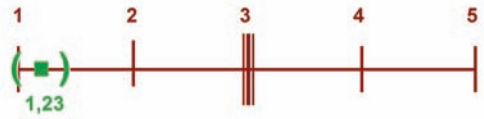
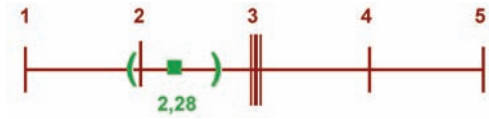
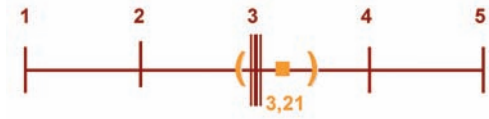
Para valorar adecuadamente el cuadro depresivo de un paciente anciano se deben tener en cuenta las siguientes peculiaridades clínicas:

9. La depresión delirante es más frecuente en el anciano que en el adulto joven.	1 2 3 4 5 — 1,75

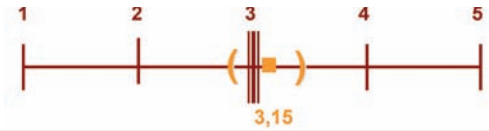
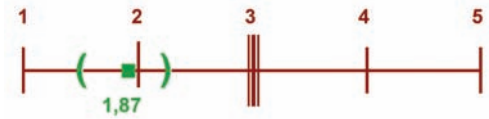
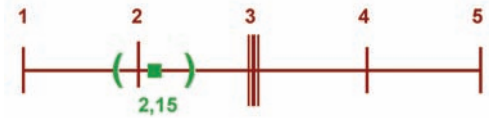
10. La depresión con melancolía es menos frecuente en ancianos que en el adulto joven.	
11. La distimia es igual de frecuente en el anciano que en poblaciones más jóvenes.	
12. Los ancianos tienden a presentar depresión subclínica con menos frecuencia que los adultos jóvenes.	
13. Las quejas somáticas son un síntoma más frecuente en la depresión del anciano que en sujetos más jóvenes.	
14. Los estudios clínicos deberían diferenciar entre las personas ancianas y las muy ancianas (mayores de 80 años) porque las causas de la depresión y/o su expresión clínica es diferente entre estos dos grupos.	
15. La disfunción ejecutiva es la alteración cognitiva más relevante en la depresión del anciano.	

Diagnóstico de la depresión en ancianos

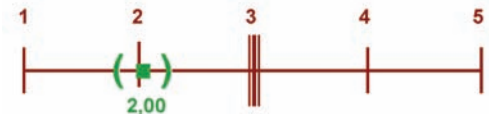
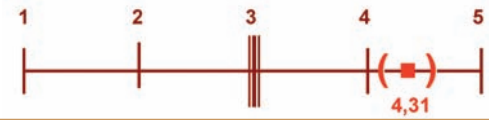
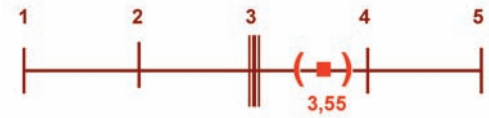
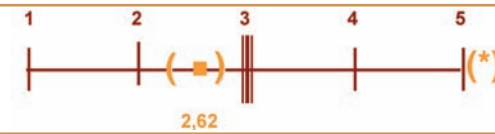
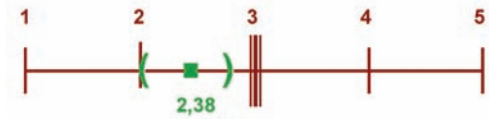
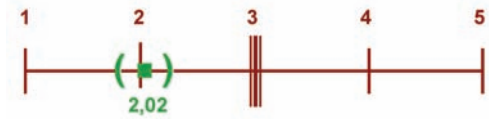
Para valorar adecuadamente el cuadro depresivo de un paciente anciano se deben tener en cuenta las siguientes peculiaridades clínicas:

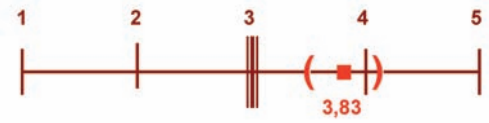
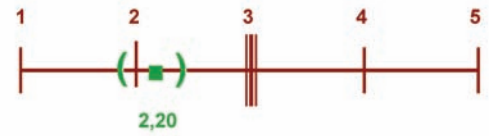
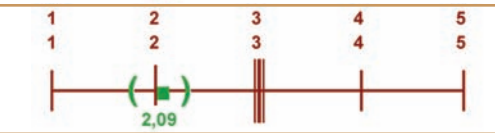
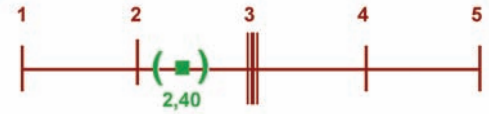
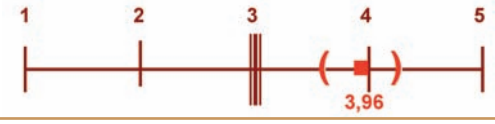
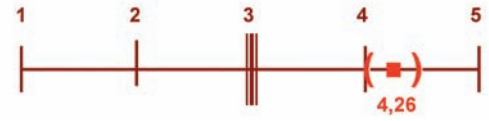
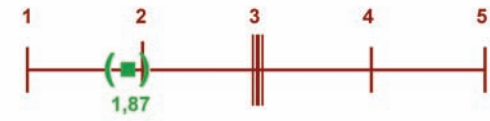
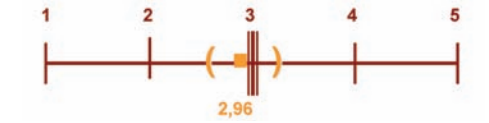
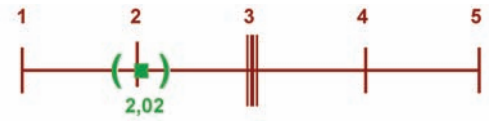
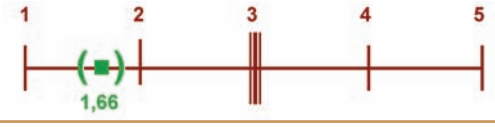
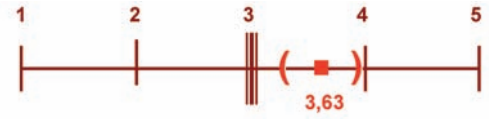
16. En el diagnóstico de la depresión en el anciano es imprescindible realizar una valoración cognitiva del paciente.	
17. En toda depresión de inicio en ancianos es necesario realizar al menos un estudio analítico básico.	
18. En toda depresión de inicio en ancianos es necesario realizar un estudio de neuroimagen (como por ejemplo, TAC craneal).	
19. Los criterios diagnósticos estándar DSM/CIE son útiles para diagnosticar depresión en ancianos.	

Pronóstico de la depresión en ancianos

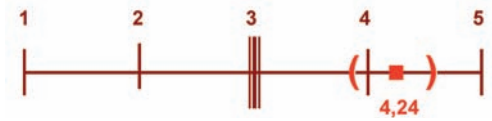
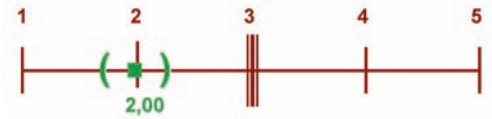
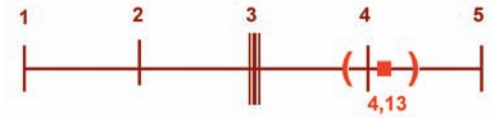
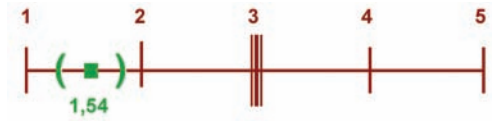
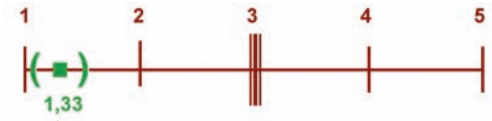
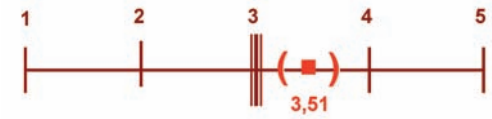
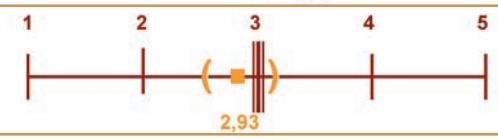
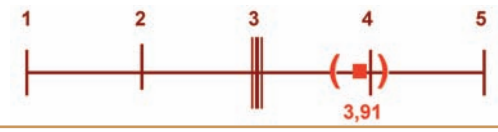
20. Los pacientes mayores de 60 años responden peor a los tratamientos farmacológicos con fármacos antidepresivos que el resto de las edades.	
21. La edad avanzada es un factor de riesgo para el suicidio consumado en pacientes con depresión.	
22. La evolución a demencia es una complicación frecuente de la depresión, especialmente en los cuadros con afectación cognitiva importante.	

Tratamiento de la depresión en ancianos

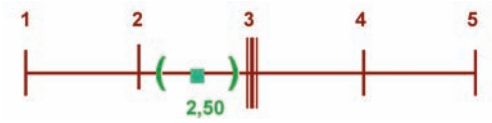
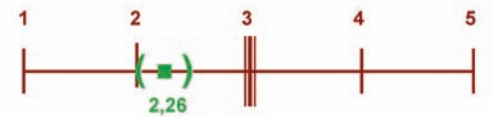
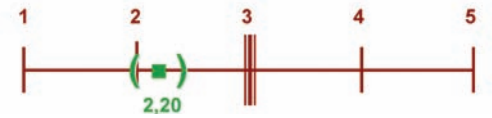
23. Los antidepresivos ISRS son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	
24. Los antidepresivos ISRNS son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	
25. Los antidepresivos tricíclicos son fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor en el anciano.	
26. Otros antidepresivos son los fármacos de primera línea en el tratamiento de la depresión en el anciano (si se elige "Total acuerdo" o "Acuerdo" en este ítem, especificar el/los agente/s antidepresivo/s).	
27. Los fármacos ISRNS logran mayor eficacia en el tratamiento de la depresión en el anciano comparados con los ISRS.	
28. Los agonistas dopaminérgicos tienen un papel destacado en el tratamiento de la depresión en el anciano.	
29. La reciente introducción de fármacos como duloxetina o bupropion puede mejorar la respuesta terapéutica de la depresión en el anciano.	
30. La información clínica y biológica disponible –incluyendo los resultados de los ECC– permite hacer una indicación terapéutica selectiva de los antidepresivos en ancianos.	

31. En general no es necesario hacer un ajuste inicial de dosis al tratar la depresión del anciano con fármacos antidepresivos.	
32. En caso de resistencia o respuesta insuficiente a un fármaco antidepresivo en pacientes ancianos, se debe aumentar la dosis máxima recomendada para cada agente.	
33. En caso de resistencia o respuesta insuficiente con un solo fármaco antidepresivo, la asociación de antidepresivos es una opción adecuada en pacientes ancianos.	
34. En caso de resistencia o respuesta insuficiente a un ISRS en ancianos, resulta adecuado cambiar el tratamiento a un antidepresivo dual.	
35. La causa más frecuente de falta de eficacia de los antidepresivos es la administración de una dosis inadecuada.	
36. La disfunción sexual provocada por antidepresivos no supone un problema en los ancianos que se mantienen sexualmente activos.	
37. En la depresión del anciano pueden emplearse tratamientos concomitantes como hipnóticos y ansiolíticos benzodiacepínicos sin tomar ninguna precaución especial.	
38. La psicoterapia puede ser especialmente útil cuando existen factores psicosociales identificados en el origen o mantenimiento de la depresión.	
39. La psicoterapia puede ser especialmente útil cuando cuando los fármacos son poco eficaces o mal tolerados.	
40. El ejercicio físico mejora la depresión en los pacientes geriátricos.	
41. La terapia electroconvulsiva está indicada en ancianos con depresión refractaria o grave riesgo de suicidio.	
42. La terapia electroconvulsiva no se puede utilizar como tratamiento de mantenimiento por sus riesgos.	

Manejo de situaciones especiales y de comorbilidad en ancianos deprimidos

43. En caso de duda entre depresión y pseudodemencia depresiva nunca debe iniciarse tratamiento y esperar a establecer el diagnóstico definitivo.	
44. La depresión acompañada de importantes alteraciones cognoscitivas indica una mayor gravedad, con recuperación más lenta y dificultosa.	
45. No es necesario tratar de forma específica la depresión que complica el curso de una demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer).	
46. Las depresiones vasculares responden peor al tratamiento antidepresivo estándar.	
47. El caso particular de las depresiones psicóticas requiere un tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos asociados, cuando no terapia electroconvulsiva.	
48. En caso de varios episodios depresivos previos está aconsejado el tratamiento de mantenimiento con una duración indefinida.	
49. En caso de resistencia o respuesta insuficiente con un solo fármaco antidepresivo la adición de sales de litio es una opción adecuada en pacientes ancianos.	
50. En la depresión asociada a la enfermedad de Parkinson los ISRS no son agentes de primera elección por el posible empeoramiento de los síntomas parkinsonianos.	
51. En los pacientes ancianos que toman anticoagulantes no es preciso adoptar precauciones especiales al prescribir un fármaco antidepresivo.	

Algunos criterios sobre la capacitación profesional para abordar la depresión del anciano

52. La mayoría de las depresiones en el anciano pueden diagnosticarse y tratarse en Atención Primaria.	
53. El abordaje actual de los ancianos deprimidos en Atención Primaria es frecuentemente inapropiado.	
54. El psiquiatra precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano.	

V. CONCLUSIONES

Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos

- Aunque la mayoría de los panelistas así lo estiman, no existe un consenso manifiesto en considerar la depresión mayor más frecuente en el anciano que en el adulto más joven. Ni la escasa información epidemiológica disponible (aún más deficiente en nuestro medio), ni la experiencia personal de los clínicos (que atienden población derivada por otros médicos) resultan fuentes de información fiables. Aunque los escasos datos disponibles sugieren una prevalencia similar en el adulto y en el anciano, son necesarios estudios epidemiológicos amplios en nuestro país.
- Aunque el panel otorga menos importancia a los factores genéticos que en la edad adulto-joven, parece claro que genes que median neurodegeneración pueden conferir riesgo de depresión de inicio en ancianos.
- Determinados síndromes depresivos del anciano, sobre todo los menos productivos o apáticos, parecen asociados a cuadros neurodegenerativos, particularmente aquellos que implican la disrupción de circuitos frontosubcorticales.
- Hay un amplio consenso acerca de la participación de factores psicosociales (duelo, soledad, pobreza, ...) como desencadenantes de la depresión en el anciano.
- Aunque existe una clara asociación entre el ingreso en residencia y la aparición de depresión, es difícil saber si dicha asociación se debe a una reacción psicológica o ambiental al nuevo entorno o si, por el contrario, los pacientes que requieren residencia ya tienen otra serie de determinantes que causan depresión directamente, sin mediar el ingreso residencial.
- Las vías nerviosas de transmisión del dolor y las zonas emocionales parecen compartir disfunción en procesos dolorosos y depresivos, lo que justificaría la frecuente comorbilidad dolor/depresión.
- Aun sin poder considerarlo un criterio consensuado, la mayoría del panel considera que el concepto de *depresión vascular* tiene clara utilidad clínica (menos de una cuarta parte de los encuestados niegan su utilidad). Se trata de un concepto de introducción relativamente reciente, cuya aplicabilidad no está exenta de controversias. Quizá los especialistas más familiarizados con la literatura psicogeriátrica sigan más de cerca la evolución de este concepto y su posible aplicación al trabajo cotidiano con pacientes.
- El concepto de *pseudodemencia depresiva*, de 25 años de antigüedad, se considera de clara utilidad clínica, en especial entre los médicos no psiquiatras (generalistas y neurólogos), alertando de la posibilidad de que los síntomas cognitivos inherentes a toda depresión, y en especial a la depresión del anciano, pudieran confundirse con la presencia de una demencia, y evitando falsos positivos en el diagnóstico de demencia. No obstante, se critica la imprecisión terminológica del prefijo "pseudo", que no debería mantenerse una vez efectuado el diagnóstico de depresión atendiendo a criterios operativos. Además, el concepto incide en una dualidad diagnóstica demencia/depresión no del todo real, pues existen otros trastornos confundibles con la demencia, como la "pseudodemencia histérica".

Características clínicas de la depresión en ancianos

- La depresión delirante se considera más frecuente en el anciano que en el adulto joven.
- Las depresiones graves y melancólicas se consideran tanto o más frecuentes en el joven que en el anciano; no existe evidencia epidemiológica de diferencias en su prevalencia.
- La mayoría de los panelistas considera que la población anciana no presenta distimia con tanta frecuencia como en poblaciones más jóvenes. Quizá dependa de asociar el concepto de distimia a depresión en jóvenes y a desajustes de personalidad, mientras que en el anciano las depresiones con evolución distímica se conceptualicen como depresiones menores o trastornos adaptativos.
- El panel expresa de forma consensuada su desacuerdo respecto a que la depresión subclínica sea un trastorno menos prevalente que en los adultos más jóvenes. Esta cuestión está avalada por estudios epidemiológicos que informan de una alta prevalencia de formas menores y subclínicas de depresión en los ancianos, entre quienes causan un mayor impacto en la calidad de vida respecto a lo apreciado en pacientes más jóvenes.

- La depresión en el anciano se manifiesta con quejas somáticas con mayor frecuencia que en poblaciones más jóvenes.
- La depresión en personas muy ancianas (mayores de 80 años) puede ser diferente en su expresión o en sus causas. Considerar esta subpoblación de manera específica es un factor de calidad en los estudios clínicos que se realicen.
- Se consensúa que la disfunción ejecutiva es la alteración cognitiva más relevante de la depresión del anciano. Aunque la afectación de procesos atencionales o amnésicos es común en los estados depresivos geriátricos, quizá el déficit más característico sea la disfunción ejecutiva por la afectación frontal y de circuitos frontosubcorticales, especialmente en la depresión geriátrica de inicio tardío. La presencia de disfunción ejecutiva se relaciona con peor pronóstico y menor respuesta al tratamiento, por lo que es conveniente explorar esta sintomatología, actuación que no se realiza de forma rutinaria.

Diagnóstico de la depresión en ancianos

- Existe un amplio consenso sobre la utilidad de realizar una valoración cognitiva dentro del protocolo de diagnóstico de la depresión del anciano. La literatura científica y la experiencia clínica avalan la conveniencia de esta actuación, por sus implicaciones diagnósticas y pronósticas. La valoración ayuda a realizar el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, y a establecer el funcionamiento cognitivo basal del paciente en ese momento (según su evaluación posterior muestre mejoría/estabilidad/empeoramiento durante la evolución de la depresión, representará una alarma de posible evolución hacia la demencia). La extensión de la evaluación cognitiva, adaptada a cada caso concreto, debería incluir al menos un test de *screening* estándar como el examen cognoscitivo minimental.
- Se debe investigar el estado físico del paciente deprimido anciano mediante una analítica básica, que aporta información tanto para descartar factores orgánicos subyacentes como para los tratamientos que se puedan instaurar.
- Aunque hay una tendencia mayoritaria a considerar útil realizar un estudio de neuroimagen en la depresión en el anciano, no se trata de una opinión unánime (un tercio de los encuestados no lo contempla como un estudio rutinario). Factores como el coste económico o las dificultades de acceso a la prueba pueden influir en la opinión minoritaria.
- Se ha criticado la ausencia de síntomas y circunstancias típicas de la presentación de la depresión en el anciano en los criterios DSM/CIE. Es necesario adecuar estos criterios para uno o más subtipos de depresión tardía (como los ya existentes para depresión en Alzheimer), para evitar el infradiagnóstico del síndrome en ancianos cuyas manifestaciones depresivas sean más atípicas.

Pronóstico de la depresión en ancianos

- No existe consenso respecto a si los pacientes ancianos responden peor a los tratamientos farmacológicos antidepresivos que el resto de las edades (un 50% de los panelistas opina en contra). El desacuerdo probablemente informa de la escasez de ensayos clínicos específicos para la población anciana, por lo que el clínico ha valorado esta cuestión fundamentalmente en su variable experiencia personal.
- No existe ninguna duda acerca de que la ancianidad es un serio factor de riesgo para el suicido consumado, particularmente en cuadros donde también existe depresión y/o dolor.
- Se acepta como probable que las depresiones en el anciano evolucionen con frecuencia hacia una demencia, sobre todo cuando existe afectación cognitiva, aunque la falta de pleno acuerdo se interpreta como el rechazo a considerar que todas las depresiones de estas características evolucionen necesariamente hacia una demencia.

Tratamiento de la depresión en ancianos

- Tanto los antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como los de acción dual –serotoninérgica y noradrenérgica– (IRNS) son fármacos de primera línea en el tratamiento de las depresiones en el anciano. No así los tricíclicos ni otros agentes específicos.

- Los fármacos antidepresivos con acción dopaminérgica tienen un papel en el tratamiento de las depresiones geriátricas.
- Los antidepresivos duales de reciente introducción como la duloxetina (acción serotoninérgica y noradrenérgica) y el bupropion (acción dopaminérgica y noradrenérgica) pueden mejorar la respuesta terapéutica de la depresión en los mayores.
- En general, es necesario hacer un ajuste inicial de dosis al tratar una depresión en un anciano con antidepresivos, pero si la respuesta es insuficiente hay que llegar a la dosis máxima recomendada para cada sustancia, ya que la administración de dosis inadecuadas es la causa más frecuente de falta de eficacia.
- La disfunción sexual provocada por los antidepresivos en pacientes mayores sexualmente activos es un problema relevante ya que afecta a su calidad de vida y al cumplimiento.
- En los pacientes mayores no está exenta de riesgos la asociación de hipnóticos y ansiolíticos de tipo benzodiacepínico a los antidepresivos.
- Hay que considerar la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en los mayores, especialmente cuando hay factores psicosociales identificados en su origen o mantenimiento.
- El ejercicio físico mejora la depresión geriátrica.
- La terapia electroconvulsiva (TEC) está indicada en los pacientes ancianos que no responden a los tratamientos estándar, pudiéndose incluso utilizar como tratamiento de mantenimiento.

Manejo de situaciones especiales y de comorbilidad en ancianos deprimidos

- Incluso cuando haya dudas razonables en el diagnóstico diferencial entre depresión y pseudodemencia depresiva, hay que tratar la sintomatología depresiva. Asimismo, hay que tratar la depresión que complica el curso de una demencia.
- Las alteraciones cognitivas relevantes que aparezcan en una depresión en edad geriátrica implican una mayor gravedad y peor pronóstico.
- Las depresiones vasculares responden peor a los tratamientos antidepresivos habituales.
- La depresión psicótica en los mayores requiere un tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos asociados, y eventualmente TEC.
- En las depresiones recurrentes con varios episodios depresivos previos en los mayores hay que plantear un tratamiento de mantenimiento de duración indefinida.
- La asociación de antidepresivos, o el cambio de ISRS a duales, es adecuada en caso de respuesta terapéutica insuficiente.
- En casos de depresión resistente en ancianos no se considera la asociación de sales de litio a los antidepresivos.
- Los pacientes mayores en tratamiento anticoagulante requerirán precauciones especiales al prescribir antidepresivos (por ejemplo, ajuste de dosis o monitorización estrecha).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalkey N, Brown B, Cochran S. The Delphi Method, III: Use of Self Ratings to Improve Group Estimates. Santa Monica, Calif: Rand Corp; November 1969. Publication RM-6115-PR.
2. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Arch Intern Med. 1997; 157: 1531-6.
3. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. Arch Intern Med. 2003; 163: 2716-24.
4. Almansa C, Rey E, Bolaños E, Palma M, Álvarez A, Díaz-Rubio M. Opinión de los médicos españoles sobre el síndrome de intestino irritable: resultados de un estudio utilizando el método Delphi. Rev Esp Enferm Dig. 2007; 99: 210-7.
5. Dago A, Arcos P, Álvarez de Toledo F, Baena MI, Martínez J, Gorostiza I. Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. Gac Sanit. 2007; 21: 29-36.
6. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. BMC Med Res Methodol. 2007 Nov 29; 7: 52.

ES_CYP_09_004

Con la colaboración de

Lilly