



ORIGINAL/Sección Clínica

Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años atendidos en un servicio de urgencias

Mónica Suárez-Linares^a, Jesús Vicente Cobo-Gómez^{b,*}, Francisco Manuel Suárez-García^c, Elena García-Carreño^a y Antonio Álvarez-Álvarez^d

^a Servicio de Geriátría, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^b Área de Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^c Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, Oviedo, España

^d Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de marzo de 2009

Aceptado el 20 de julio de 2009

On-line el 27 de octubre de 2009

Palabras clave:

Depresión
Ancianos
Ingreso hospitalario
Factores de riesgo
Urgencias

RESUMEN

Introducción: Los trastornos depresivos son especialmente frecuentes en la persona mayor. Además de reducir su calidad de vida, pueden incidir en determinados aspectos de la evolución de sus enfermedades médicas. El objetivo es analizar si los trastornos depresivos en la persona mayor que acude a urgencias por una causa médica constituyen un factor de riesgo de ingreso hospitalario.

Material y métodos: Se incluyen personas mayores de 74 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (2004–2005) y que requirieron de una valoración geriátrica integral. Se obtuvieron datos sociodemográficos, estado funcional previo, situación cognitiva y presencia de trastornos depresivos. Se realizó un análisis de regresión logística.

Resultados: Se valoraron 1.016 pacientes (el 62,32% eran mujeres), con una edad media de 87,4 años. Índice de Barthel medio previo de 71,8 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 69,8–73,9). Diagnosticados como trastorno depresivo en el 17,4% de los casos (el 75,7% eran mujeres). Del total, ingresaron 721 individuos (71,0%), mientras que entre los diagnosticados de depresión, ingresó el 79,7% ($p = 0,002$). Tras el análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo, estado civil, institucionalización, forma de convivencia, índice de Barthel y deterioro cognitivo, la depresión se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de ingreso (odds ratio: 1,83; IC del 95%: 1,20–2,78).

Conclusiones: Las personas mayores de 74 años que acuden a un servicio de urgencias, realizándose una valoración geriátrica integral y que presentan sintomatología depresiva, tienen un mayor riesgo de ingreso hospitalario.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Current and lifetime depression as a risk factor for hospital admission in patients older than 74 years attended in an emergency department

ABSTRACT

Introduction: Depression is especially frequent in the elderly. In addition to impairing quality of life, this disorder can affect the outcome of medical diseases. The objective is to analyze whether depressive disorders in elderly individuals attending an emergency room for medical complaints constitute a risk factor for admission.

Material and methods: All patients aged more than 74 years old attending the Emergency Department of the Hospital Universitario Central de Asturias who required comprehensive geriatric assessment from 2004 to 2005 were included in this study. Sociodemographic variables and data on functional, cognitive and emotional status before attendance at the emergency department were collected. A logistic regression analysis was performed to determine whether there was an independent association between depression and admission to the Geriatric Service.

Results: A total of 1016 patients (62.32% women) were evaluated. The mean age was 87.4 years. The Barthel index before admission to the emergency department was 71.8 (95% confidence interval [CI]: Depression was diagnosed in 17.4% of the patients (75.7% women). Of the whole sample, 721 patients (71.0%) were admitted to a geriatric service, while 79.7% of patients with depression were admitted ($p = 0.002$). After

Keywords:

Depression
Elderly
Hospital admissions
Risk factors
Emergency services

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcobo@tauli.cat (J.V. Cobo-Gómez).

multivariate regression analysis adjusted by age, sex, marital status, institutionalization, living arrangements, Barthel index and cognitive status before admission, depression was independently associated with a greater risk for admission to a geriatric service (odds ratio: 1.83, 95% CI: 1.20–2.78).

Conclusions: Depression and mood disorders constitute an independent risk factor for admission to a geriatric service in patients aged more than 74 years assessed by comprehensive geriatric methodology in an emergency department.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El sobrevejecimiento que se está produciendo en los países de nuestro entorno ha puesto de manifiesto la repercusión que tienen sobre los servicios sanitarios todas las enfermedades de alta prevalencia en la población anciana. Estudios realizados en la década de los ochenta cifran la prevalencia poblacional de depresión mayor clínica en personas de 65 años o más años entre un 2 y un 5%, incrementándose hasta el 8–10% cuando se utilizan instrumentos estandarizados de cribado¹.

Los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha presentan una gran variabilidad metodológica: diferente población diana, uso de diferentes escalas y de escalas no específicas para ancianos, criterios no ajustados a las características atípicas de la depresión en las personas mayores, etc. Para conocer la magnitud real del problema, el consorcio europeo EURODEP llevó a cabo un estudio multicéntrico a nivel europeo sobre la prevalencia del trastorno depresivo en mayores. Un 12% de esta población fue diagnosticada de trastorno depresivo, cifra que en España fue del 10,7%². Sobre la estimación de la incidencia no existen muchos estudios dada la complejidad metodológica que requieren éstos, aunque podría estar en torno al 12% de la incidencia anual³.

Pero la relevancia del problema se encuentra en la frecuente asociación entre depresión con aumento de comorbilidad médica y aumento de consumo de recursos sanitarios^{4,5} y la disminución de la calidad de vida de estos enfermos y su entorno, además de ser un conocido factor de riesgo de suicidio⁶.

Estos factores, añadidos a la conocida efectividad y seguridad de los tratamientos actuales, inducen a proponer medidas y estudios tendentes a conocer la profundidad del problema e indican la necesidad de establecer medidas correctoras⁷.

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud identificó la depresión como una causa directa muy importante de discapacidad, e hizo hincapié en la importancia de la efectividad del manejo y tratamiento de ésta⁸. La United States Preventive Services Task Force recomienda el cribado de la depresión en los adultos, tanto en atención primaria como en todos los niveles donde se pueda llevar a cabo un diagnóstico, un tratamiento efectivo y un seguimiento^{9,10}. Los servicios de urgencias reciben una población cada vez de mayor edad y, en consecuencia, con mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos. Un 30% de los pacientes ancianos que acuden a un servicio de urgencias sufre depresión y diversos estudios destacan la importancia de una detección precoz⁴. Diferentes artículos científicos ponen de manifiesto la dificultad de detectar trastornos depresivos en este nivel asistencial concreto, aspecto condicionado por diferentes motivos del ámbito de urgencias, entre los que podría destacarse la priorización hacia el diagnóstico de enfermedad orgánica y de riesgo inminente, las dificultades metodológicas en el abordaje de estos problemas, los aspectos organizativos y, lógicamente, la existencia de una gran presión asistencial¹¹.

Los efectos de este posible infradiagnóstico de la depresión del anciano en cuanto al consumo de servicios sanitarios son poco conocidos y, menos aun, el área de urgencias^{12,13}. Sin embargo, un artículo importante al respecto en nuestro medio (Duaso et al, 2005) establece que la depresión, medida con la escala de

Yessavage junto a otros factores, supone un buen factor predictor de reingreso en estas poblaciones¹⁴.

Sin embargo, la evaluación del trastorno depresivo en el anciano debería implementarse en cualquier ámbito en el que se pueda realizar de forma reglada, incluso en el servicio de urgencias, con el fin de proveer de un mejor y más eficiente servicio a nuestros mayores. De hecho, a nivel de investigación y utilizable ya en nuestro medio, se dispone de diferentes escalas de cribado rápido o en situaciones en urgencias, que podrían utilizarse y/o validarse en castellano u otros idiomas del estado^{15–18}.

Además de las ya comentadas consecuencias que el infradiagnóstico de la depresión en el anciano puede tener en la calidad de vida de éste y de su familia, los efectos directos de la depresión sobre el sistema sanitario (frecuentación, consumo de estancias hospitalarias, uso o “mal uso” de medicación, etc.) son poco conocidas en los ancianos y menos aún en los ancianos que acuden al área de urgencias^{12,13}.

El objetivo de este trabajo es analizar si los trastornos depresivos en la persona mayor que acude a urgencias por una causa médica constituyen un factor de riesgo independiente del ingreso hospitalario, lo que permitiría conocer un poco más sobre este tipo de trastornos en nuestros ancianos y sobre las consecuencias de éste en el sistema sanitario.

Material y métodos

Población de estudio

Diseño

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo.

Población y ámbito

Población y ámbito: personas mayores de 74 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, hospital de referencia de tercer nivel, durante el período de enero de 2004 a diciembre de 2005, inclusive, por problemas no quirúrgicos. Dichos pacientes eran valorados en una primera instancia por el personal médico de urgencias y/o de otros servicios en horario de guardia, quienes evaluaban la necesidad de una interconsulta al servicio de geriatría, con el fin de realizar una valoración geriátrica integral junto con un plan de diagnóstico y tratamiento. Se incluyeron de forma consecutiva todos los individuos que fueron valorados por la unidad de interconsulta de geriatría en el horario preestablecido de 16 a 20 h, excluidos los sábados y los días festivos.

Variables

Se obtuvieron datos de tipo sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, situación de convivencia, si acudían acompañados y por quién, así como si se encontraban institucionalizados). El estado funcional previo se midió mediante el índice de Barthel. Se agruparon los individuos en independientes (puntuación de Barthel de 100), con dependencia leve (puntuación de 60 a 99) y dependientes moderados-severos (puntuación menor de 60). Se evaluó el estado mental recogiendo datos de la situación cognitiva

previa y la existencia de trastornos afectivos previos o actuales. Se consideró como sujetos con trastorno depresivo a aquellos que referían en los antecedentes estar diagnosticados de dicha patología, que recibían tratamiento farmacológico por este motivo y/o que presentaban sintomatología de episodio depresivo según los criterios del DSM-IV¹⁹. En el caso de respuesta positiva se interrogó por el tipo de tratamiento, así como por quién fueron diagnosticados (especialista o médico de atención primaria). La presencia de deterioro cognitivo se evaluó sobre la base de los antecedentes y/o la historia clínica, tratamiento o seguimiento médico por este motivo o bien por clínica compatible con deterioro cognitivo asociada a valoración clínica dentro de la valoración geriátrica integral realizada.

La variable de resultado principal fue el ingreso hospitalario posterior al análisis del mismo episodio por cualquier motivo médico no psiquiátrico (sí/no).

Recogida de datos

Se llevó a cabo por un mismo especialista geriatra de interconsulta en horario de tarde en el mismo Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (M.S.), hospital de referencia de tercer nivel en nuestra zona. Se incluyó a todos los pacientes valorados y que cumplían el criterio de edad acordado, no se estableció otro criterio de exclusión-inclusión para la valoración.

La recogida de datos se realizó en el propio servicio de urgencias, una vez finalizada la valoración geriátrica integral por parte del geriatra. Los datos se obtenían de la propia entrevista clínica con el paciente y/o su familia y/o la institución de procedencia, así como de la revisión de la historia clínica del paciente, en el caso de no disponer de otro medio válido de información.

Para la recogida de las variables se creó una base de datos utilizando el programa FileMaker v. 8.5 sobre un Pocket PC. Posteriormente, se trasvasaron los datos al programa SPSS 13.0 para su análisis estadístico.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariante descriptivo de las variables de estudio en cuanto a frecuencia, porcentajes, rangos y medias. Consideramos como estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión logística para valorar si existía una asociación independiente entre depresión y riesgo de ingreso hospitalario. En dicho análisis se incluyeron las variables recogidas para el análisis univariante: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, institucionalización, el estar o no acompañados por alguien en el momento de su ingreso en el servicio de urgencias, la situación funcional previa medida con el índice de Barthel y el estado cognitivo y afectivo.

Resultados

Durante el período de enero de 2004 a diciembre de 2005, inclusive, en total se valoró a 1.016 pacientes (el 62,3% eran mujeres) con una edad media de 87,4 años (intervalo de confianza [IC]: 87,0-87,7). El rango de edad de la muestra fue de 75 a 104 años, las mujeres tenían una edad media mayor (87,74 frente a 84,72) ($p < 0,05$). El 68,9% de los individuos estaba soltero, separado o viudo; un 11,2% vivía solo y el 17,9% se encontraba institucionalizado. El 8,5% acudía sin acompañante y en el caso de los que venían acompañados era la familia en un 97,4% de los casos la que lo hacía.

El índice de Barthel previo medio fue de 71,8 puntos (IC del 95%: 69,8-73,9), tenían mejor funcionalidad los varones (75,09

frente a 69,55 puntos), pero sin que estas diferencias fueran estadísticamente significativas. Un 27,5% sufría una dependencia en las actividades de la vida diaria, al menos moderada. Presentó deterioro cognitivo hasta el 19,1% de los individuos evaluados, según los criterios antes descritos. En un 1,4% de los pacientes no se pudo valorar su situación cognitiva dada la coexistencia premórbida de una grave alteración del lenguaje por enfermedad cerebrovascular o enfermedad de Parkinson avanzada y, en otros casos, por trastornos neuropsiquiátricos severos (p. ej., retraso mental grave/oligofrenia).

Fueron remitidos a urgencias por su médico de Atención Primaria el 56,8% de los individuos. La mayor parte de las interconsultas geriátricas urgentes realizadas fueron solicitadas por el personal médico o *staff* propio del servicio de urgencias (91,5%) y en una minoría de casos por el personal médico de urgencias de otros servicios asociados (medicina interna, cardiología, neumología, etc.).

Las causas más frecuentes de interconsulta geriátrica fueron, por este orden, la infección respiratoria (24,2%), la insuficiencia cardíaca (18,3%), la cardiopatía isquémica (8,4%) o el deterioro funcional (5,1%). Tras la valoración geriátrica se consideró que precisaban ingreso por diversos motivos hasta 721 pacientes (71,3%).

El 17,4% de estos pacientes ($n = 177$) presentaba clínica depresiva, de los cuales el 75,7% eran mujeres ($p < 0,001$). Las características de las personas con y sin depresión pueden verse en la *tabla 1*. Además del sexo también se asociaron a una mayor prevalencia de trastorno depresivo el peor estado funcional y el no vivir solo.

Del total de sujetos analizados, ingresaron 721 individuos (71,03%). Se detectó una proporción significativamente mayor de ingresos en los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo (actual o pasado) que en los que no lo presentaban ($p = 0,002$) y también en aquéllos con deterioro funcional moderado que en los que presentaban deterioro funcional leve o moderado a severo ($p = 0,006$) (*tabla 2*).

Tras el análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo, estado civil, institucionalización, forma de convivencia, índice de Barthel y deterioro cognitivo, la depresión se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de ingreso, con una *odds ratio* de 1,83 (beta 0,604; $p = 0,005$ e IC del 95%: 1,20-2,78).

Discusión

Nuestro trabajo pone de manifiesto que los antecedentes de trastorno depresivo o la presencia actual de depresión se relacionan con un incremento en el riesgo de ingreso hospitalario en la población mayor de 74 años que acude a urgencias por patología médica. Como bien sabemos, la depresión es uno de los mayores problemas de salud mental en la población anciana. Poco consultado, y, por tanto, poco evaluado, éste es el más importante entre los problemas psiquiátricos en estas edades. Como tal, se relaciona con un incremento del consumo de recursos sanitarios y sociales y conlleva un detrimento en el estado de salud física del anciano. Diferentes estudios la asocian con frecuencia a mayor deterioro funcional, una peor calidad de vida, un incremento de la mortalidad en general y, más específicamente, a un incremento del riesgo de muerte por suicidio²⁰⁻²⁷.

La valoración geriátrica integral se ha demostrado como la mejor herramienta para la detección de patologías subyacentes en pacientes ancianos. Sin embargo, la depresión es una patología de presentación en ocasiones atípica, lo cual conlleva en muchos casos el infradiagnóstico por parte de profesionales no entrenados en la evaluación diferencial de estos problemas en poblaciones ancianas. La valoración integral por parte del geriatra,

Tabla 1
Características de la población

	Total (n: 1.016)	Sin depresión (n: 839; 82,6%)	Con depresión (n: 177; 17,4%)	p
Edad, n (%)				0,22
75-84 años	330 (32,5)	269 (81,5)	61 (18,5)	
85 años o más	686 (67,5)	570 (83,1)	116 (16,9)	
Sexo, n (%)				<0,001
Varón	383 (37,7)	340 (88,8)	43 (11,2)	
Mujer	633 (62,3)	499 (78,8)	134 (21,2)	
Estado civil, n (%)				0,28
Casados	311 (31,1)	264 (84,9)	47 (15,1)	
Solteros, viudos o separados	688 (68,9)	559 (81,3)	129 (18,8)	
Institucionalización, n (%)				0,91
No	821 (82,1)	677 (82,5)	144 (17,5)	
Sí	179 (17,9)	147 (82,1)	32 (17,9)	
Nivel de convivencia, n (%)				0,04
Vive acompañado	891 (88,8)	727 (81,6)	164 (18,4)	
Vive solo	112 (11,2)	100 (89,3)	12 (10,7)	
Deterioro cognitivo, n (%)				0,12
No	803 (79,5)	662 (82,4)	141 (17,6)	
Sí	192 (19,1)	161 (83,9)	31 (16,1)	
Estado funcional				0,001
Independiente (Barthel: 100)	287 (29,0)	255 (88,9)	32 (11,1)	
Dependencia leve (Barthel: 60-100)	429 (43,5)	349 (81,4)	80 (18,6)	
Dependencia moderada-severa (Barthel <60)	271 (27,5)	209 (77,1)	62 (22,9)	
Ingresos hospitalarios previos				0,18
No	119 (11,9)	101 (84,9)	18 (15,1)	
Sí	885 (88,1)	727 (82,1)	158 (17,9)	

Tabla 2
Análisis bivalente de variables basales asociadas con el ingreso hospitalario

	Total (n: 1.016)	No ingresan (n: 295; 29,0%)	Ingresan (n: 721; 71,0%)	p
Edad, n (%)				0,26
75-84 años	330 (32,5)	98 (29,7)	232 (70,3)	
85 años o más	686 (67,5)	197 (28,7)	489 (71,4)	
Sexo, n (%)				0,69
Varón	383 (37,7)	114 (29,8)	269 (70,2)	
Mujer	633 (62,3)	181 (28,6)	452 (71,4)	
Estado civil, n (%)				0,23
Casado	311 (31,1)	86 (27,7)	225 (72,3)	
Soltero, viudo o separado	688 (68,9)	198 (28,8)	490 (71,2)	
Institucionalización, n (%)				0,68
No	821 (82,1)	235 (28,6)	586 (71,4)	
Sí	179 (17,9)	54 (30,2)	125 (69,8)	
Nivel de convivencia, n (%)				0,97
Vive acompañado	891 (88,8)	254 (28,5)	637 (71,5)	
Vive solo	112 (11,2)	32 (28,6)	80 (71,4)	
Deterioro cognitivo, n (%)				0,08
No	803 (79,5)	219 (27,3)	584 (72,7)	
Sí	192 (19,1)	67 (34,9)	125 (65,1)	
Depresión, n (%)				0,002
No	839	259 (30,9)	580 (69,1)	
Sí	177	36 (20,3)	141 (79,7)	
Estado funcional, n (%)				0,006
Independiente (Barthel: 100)	287 (29,0)	92 (32,1)	195 (67,9)	
Dependencia leve (Barthel: 60-100)	429 (43,5)	94 (21,9)	335 (78,1)	
Dependencia moderada-severa	271 (27,5)	86 (31,7)	185 (68,3)	
Ingresos previos, n (%)				0,22
No	119 (11,9)	35 (29,4)	84 (70,6)	
Sí	885 (88,1)	253 (28,6)	632 (71,4)	

que incluye evaluaciones estandarizadas de aspectos afectivos y cognitivos puede disminuir ese infradiagnóstico, lo que aumenta la posibilidad de realizar un adecuado tratamiento y un abordaje conjunto de todos los problemas de salud de las poblaciones geriátricas.

Una de las limitaciones de este trabajo, como luego citaremos, es que selecciona los pacientes de la muestra entre aquellos más graves, ya que la valoración se realizaba tras un primer cribado en el área de urgencias, por tanto, se valoraban sólo aquellos pacientes que desde el servicio de urgencias u otros servicios consideraban que podían beneficiarse de una valoración geriátrica integral especializada. Por lo tanto, los resultados de este trabajo no son extrapolables para toda la población general anciana que acude a un servicio de urgencias. Por otra parte, las patologías de menor gravedad no suelen requerir valoración integral ni ingreso hospitalario, pero podrían verse influidas también por la presencia de clínica depresiva. Este aspecto podría analizarse en otro estudio con diferente metodología.

Las características generales de nuestra muestra son bastante concordantes con las de otros estudios realizados en el ámbito de urgencias, aunque la media de edad de nuestra muestra es superior, lo cual se refleja en el rango de edad que incluye a pacientes realmente muy mayores. Este hecho podría suponer también otro condicionante del trabajo ya que una mayor edad se relaciona con una mayor fragilidad de los pacientes y con un mayor riesgo de sufrir efectos adversos, lo que conllevaría una población con una mayor discapacidad y pluripatología de base, la cual puede condicionar su estado anímico a la baja e influir en los resultados⁶.

Muchos de los estudios evaluados realizados en servicios de urgencias van encaminados al conocimiento de la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo, así como al desarrollo de instrumentos de medida que permitan su cribado rápido en este ámbito. En este sentido, la prevalencia de antecedentes de trastorno depresivo o de depresión activa actual en nuestra población es inferior a la relatada por otros autores en el ámbito de urgencias⁴. Esto puede ser debido al uso en estos estudios epidemiológicos de escalas específicas de que a veces sobrediagnostican depresión. En este sentido, nuestro estudio no habla sólo sobre la prevalencia de este proceso, sino también sobre sus consecuencias prácticas. Diferentes estudios refieren que otro importante factor de este hecho se debe a la falta de conocimiento/interés de los facultativos de estos servicios por el problema, así como a la propia dinámica de funcionamiento de éstos^{4,14,26}. Los criterios diagnósticos utilizados, así como el ámbito donde se realizan los estudios (asistencia domiciliaria de forma continuada frente a seguimiento con médicos de atención primaria y/o especializada, etc.) influyen en las diferencias encontradas.

Al igual que en los estudios de Prince et al^{17,28,29}, en nuestra muestra encontramos que la depresión es más frecuente entre las mujeres, y en aquellas personas solteras, viudas o separadas. Sin embargo, a diferencia de sus resultados donde, a mayor edad, mayor riesgo de padecer depresión, en nuestra muestra encontramos un porcentaje discretamente inferior en aquellos individuos con edad superior a los 85 años. En nuestro caso, esta disociación podría explicarse por un incremento en esta edad de los trastornos cognitivos asociados que enmascararían o harían no identificable una depresión. En el estudio citado de Duaso et al esta población fue excluida¹⁴.

En esta disociación aparente, citada también, se puede explicar este dato por una mayor supervivencia entre las personas que no padecen depresión frente a aquellas que la padecen o la han padecido en el pasado. Recordemos que la depresión ejerce un efecto deletéreo sobre la supervivencia de las personas e, independientemente del efecto del suicidio, empeora la calidad

de vida y aumenta la morbilidad y otras enfermedades médicas de muchas maneras, p. ej., reduciendo la capacidad de autocuidado, dificultando el cumplimiento de pautas terapéuticas, dietéticas, etc.

En el análisis estadístico encontramos un incremento estadísticamente significativo de la prevalencia de depresión entre los pacientes que no viven solos. Este dato podría resultar paradójico ya que la soledad se postula como un factor de riesgo para los trastornos afectivos en el anciano. En nuestra muestra se puede explicar mejor el dato debido al hecho de que los pacientes que viven solos presentan un mejor estado de salud en general y, por tanto, menos factores de riesgo depresivo.

Son de resaltar los resultados entre los pacientes institucionalizados en nuestra muestra. Diferentes trabajos ponen de manifiesto que el síndrome depresivo es altamente prevalente entre la población institucionalizada. Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a depresión en esta población, pudiendo estar condicionado este dato por el hecho de que, en nuestro medio, gran parte de los pacientes institucionalizados presenten ya asociado un deterioro cognitivo en fases moderadas-severas en donde el solapamiento de la sintomatología demencial y depresiva (p. ej., la apatía o la anhedonia) y la dificultad de aplicar escalas, condicionan o infradiagnostican la depresión.

En relación con el alto porcentaje de ingresos globales de la muestra, se debe claramente a un sesgo de gravedad, debido a que estos pacientes han sufrido un primer cribado por otros servicios, es decir, la población estudiada no es la general que acude al servicio de urgencias ni la que padece patologías "menores".

El grado funcional es el mejor indicador del estado de salud de los ancianos y cualquier trabajo realizado desde el ámbito de la geriatría debería incluir el estado funcional como variable de resultado. En nuestro trabajo, los pacientes con un deterioro funcional moderado a severo presentan asociada sintomatología depresiva con mayor frecuencia, y estas diferencias son estadísticamente significativas. Estos datos son coincidentes con múltiples estudios previos y no son ya destacables.

Finalmente, el número de ingresos previos también se relacionaba con el hecho de presentar sintomatología depresiva en la actualidad. En el estudio de Duaso et al, que hemos citado repetidamente, el número de reingresos se asociaba también a la presencia de clínica depresiva¹⁴. Es muy posible que ambos procesos se interrelacionen: a mayor número de ingresos hospitalarios (con todo lo que ello significa de malestar y aislamiento para la persona), mayor probabilidad de padecer depresión, la cual redundará (si no es tratada) en una mayor probabilidad de ingreso posterior.

Tras el análisis multivariante, el síndrome depresivo y la situación funcional constituyeron las únicas variantes independientes de riesgo de ingreso hospitalario; estos datos son concordantes con los hallados en otros trabajos realizados en la población española general geriátrica en donde el síndrome depresivo también aparece asociado con un mayor riesgo de ingreso hospitalario a los 2 años³⁰ y a un mayor uso de recursos sanitarios³¹.

Por otra parte y como hemos citado, el estudio de Duaso et al de 2005¹⁴, en algunos aspectos de similares características al nuestro, establece que la depresión, medida con la escala de Yessavage junto a otros factores, como la malnutrición y la polifarmacia, supone un buen factor predictor de reingreso.

A nivel internacional, la revisión casi exhaustiva en su momento (1997), realizada por De Boer et al sobre factores predictores de utilización de recursos sanitarios en enfermos crónicos de diferentes países europeos, de Estados Unidos, de Nueva Zelanda y de Canadá³², muestra cómo, en 7 de los estudios incluidos, se examinaba la gran influencia de la depresión como

factor de riesgo de hospitalización. En todos ellos se encontró un mayor riesgo de ingreso hospitalario para los pacientes depresivos que entre aquellos que no lo estaban. Asimismo, al igual que en nuestro trabajo, De Boer et al encontraron que el deterioro cognitivo en sus diferentes grados no afecta al riesgo de ingreso ni a la duración de la estancia media hospitalaria, factor este último, no valorado en nuestro estudio³².

Como hemos citado, este estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, hay un sesgo poblacional al ser una muestra de conveniencia y no epidemiológica. En segundo lugar, hay un sesgo de gravedad. La población de estudio es aquella más frágil y con mayor riesgo de sufrir efectos adversos, ya que sólo incluimos a aquellos pacientes que, tras un cribado en el área de urgencias, se consideró que podían beneficiarse con una Valoración Geriátrica Integral especializada.

Como tercera limitación importante, y debido a los objetivos del estudio, se ha de considerar que los diagnósticos de depresión se obtuvieron mediante criterios clínicos sin utilizar entrevistas estructuradas psiquiátricas o alguna de las escalas conocidas y ya validadas para la detección de patología depresiva en ancianos en los servicios de urgencias que se han utilizado en los estudios epidemiológicos previos. Tampoco se consideró separadamente si la depresión actual era primaria o secundaria (reactiva) a la situación clínica en ese momento. Esto podría explicar el dato que, aunque la prevalencia encontrada en nuestra muestra se aproxime a la referida en otros estudios realizados sobre la población general, dista mucho del 30% de la encontrada en otros trabajos. Por tanto, no consideramos que el uso de criterios clínicos sobredimensione la depresión en nuestro trabajo. Al contrario, más bien acota los resultados y los aproxima a la práctica habitual.

Como conclusiones, podemos considerar que la depresión es uno de los mayores problemas de salud no consultados, por tanto, poco evaluado en la población anciana, y el más importante entre los problemas psiquiátricos en estas edades. Supone un incremento del consumo de recursos sanitarios y sociales, conlleva un detrimento en el estado de salud física del anciano y se ve asociado con frecuencia a un mayor deterioro funcional, una peor calidad de vida, incremento de la mortalidad y riesgo de suicidio. Por otro lado, la dificultad en su diagnóstico por las características especiales de este grupo de edad, en cuanto a la presentación atípica de las enfermedades, y las dificultades añadidas para un cribado en el servicio de valoración en urgencias de esta patología, hacen de esta patología un importante caballo de batalla para la sanidad comunitaria debido a sus importantes implicaciones, como se ha visto en los resultados de este estudio y otros similares.

Diferentes estudios han puesto ya de manifiesto dichas implicaciones y han valorado diferentes factores de riesgo asociados a la depresión en el anciano. Este trabajo viene a corroborar la importancia de la evaluación del trastorno depresivo en el anciano en cualquier ámbito en el que se pueda realizar de forma reglada, incluso en el servicio de urgencias donde se han propuesto diferentes escalas de cribado, con el fin de proveer de un mejor y más eficiente servicio a nuestros mayores.

Bibliografía

- Borson S, Barnes RA, Kukull WA, Okimoto JT, Veith RC, Inui TS, et al. Symptomatic depression in elderly outpatients: prevalence, demography and health services utilization. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34:341–7.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: the Zaragoza Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:497–506.
- Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry.* 1999;174:312–21.
- Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1997;30:442–7.
- Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, Lee MA. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:307–12.
- Meldon SW, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Am J Emerg Med.* 1999;17:522–5.
- Cervilla Ballesteros J. Síndromes depresivos. En: Agüera LF, Cervilla Ballesteros JA, Martín Carrasco M, editores. *Psiquiatría geriátrica.* 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 409–35.
- World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001.
- Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med.* 2000;343:1942–50.
- Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1284–9.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA.* 2003;289:3145–51.
- Fischer LR, Wei F, Rolnick SJ, Jackson JM, Rush WA, Garrard JM, et al. Geriatric depression, antidepressant treatment and healthcare utilization in a health maintenance organization. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:307–12.
- Ford JD, Trestman RL, Steinberg K, Tennen H, Allen S. Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Soc Sci Med.* 2004;58:2145–8.
- Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Julià J. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. *Rev Mult Gerontol.* 2005;15:40–9.
- Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koefgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:873–8.
- Clement JP, Fray E, Paycin S, Leger JM, Therme JF, Dumont D. Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the Mini-GDS: preliminary experiences. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14:373–8.
- Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender, marital status in 14 European countries. *Br J Psychiatry.* 1999;174:339–345.
- Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:290–6.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- Hoepfer EW, Nycz GR, Regier DA, Goldberg ID, Jacobson A, Hankin J. Diagnosis of mental disorders in adults and increased use of health services in four outpatient settings. *Am J Psychiatry.* 1980;137:207–10.
- German PS, Shapiro S, Skinner EA. Mental health of the elderly: use of health and mental health services. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33:246–52.
- Wells KB, Steward A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1989;262:914–9.
- Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA.* 1991;265:993–6.
- Schubert DSP, Burns R, Paras W, Sioson E. Increase of medical hospital length of stay by depression in stroke and amputation patients: a pilot study. *Psychother Psychosom.* 1992;57:61–6.
- Meehan PJ, Saltzman LE, Sattin RW. Suicides among older United States residents: epidemiologic characteristics and trends. *Am J Public Health.* 1991;81:1198–200.
- Hustey FM, Smith MD. A depression screen and intervention for older ED patients. *Am J Emerg Med.* 2007;25:133–7.
- Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:570–8.
- Prince MJ, Harwood RA, Blizard R, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project VI. Psicol Med.* 1997;27:323–32.
- Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, Mann AH. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: the Gospel Oak Project VII. *Psicol Med.* 1998;28:337–50.
- Abizanda P, Luengo C, López-Torres J, Sánchez P, Romero L, Fernández C. Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1998;33:219–25.
- Fernández-Olano C, López-Torres JD, Cerdá-Díaz R, Requena-Gallego M, Sánchez-Castaño C, Urbistondo-Cascales L, et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy.* 2006;75:131–9.
- De Boer AG, Wijker W, De Haes H. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy.* 1997;42:101–15.