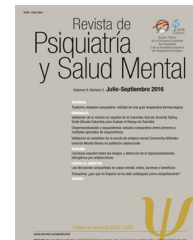




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Tratamiento antidepresivo y asociación con el ingreso urgente en unidades médicas en pacientes de 65 años o mayores



Noèlia Ortuño^a, Jesús Cobo^{a,b,*}, Espe González^c, Imma García^c,
María-Dolores Ferrer^c, Carmen Campos^c, Núria Planet^a, Joan-Carles Oliva^d,
Mónica Suárez^e, María-Luisa Iglesias-Lepine^c y Gemma García-Parés^{a,b}

^a Servei de Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

^c Servei d'Urgències, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^d Unitat d'Estadística, Fundació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^e Hospital Monte Naranco, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Recibido el 19 de octubre de 2014; aceptado el 3 de enero de 2015

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Geriatría;
Urgencias;
Antidepresivos;
Ansiolíticos;
Hospitalización.

Resumen

Introducción: Existe una creciente evidencia acerca de la interrelación entre presencia de depresión en la tercera edad y riesgo de ingreso hospitalario médico.

Objetivo: Determinar el impacto del tratamiento antidepresivo (ATD) como factor protector de ingreso hospitalario desde Urgencias en personas mayores.

Método: Se incluyó a personas de 65 años o mayores que acudieron por cualquier motivo a Urgencias de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) entre enero y octubre del 2012. Se obtuvieron datos sociodemográficos básicos, consumo de alcohol y tabaco, antecedentes y tratamiento actual. Se realizó el cálculo de tamaño muestral y una aleatorización simple. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo y pruebas paramétricas.

Resultados: Se evaluó a 674 pacientes (53% mujeres), con una edad media de 78,45 años. Un 27,6% de los casos (71% mujeres) recibían tratamiento antidepresivo. Del total de 337 pacientes ingresados (50%), 83 individuos (24,6%) utilizaban previamente ATD, mientras que entre los no ingresados, utilizaban ATD el 30,6%. Tras el análisis comparativo, se objetivó una relación significativa negativa entre recibir ATD y riesgo de ingreso solo en aquellos pacientes de 75 años o mayores (sig. 0,012).

* Autor para correspondencia.

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

Conclusiones: En nuestro estudio, el tratamiento antidepresivo se relaciona con una disminución del riesgo de ingreso hospitalario urgente por enfermedad médica en personas de 75 años o mayores. El tratamiento de la depresión en personas mayores podría tener efecto protector general frente a la severidad de las enfermedades atendidas en Urgencias en nuestra población y puede suponer un criterio de calidad en orden a prevenir complicaciones.

© 2014 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Geriatrics;
Emergency;
Antidepressants;
Anxiolytics;
Hospitalization

Association of antidepressant treatment with emergency admission to medical units for patients 65 years or older

Abstract

Introduction: There is increasing evidence relating the presence of depression in seniors and the risk of hospital admission in medical departments from the Emergency Services.

Objective: To determine the impact of antidepressant treatment (ATD) as a protective factor for emergency hospitalization in older people.

Method: All patients aged 65 and over who required urgent attention for medical reasons at the Emergency Department of the *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí* (Sabadell, Barcelona, Spain) for the period between January and October 2012 were included in the study. Sociodemographic variables, alcohol and tobacco use, medical history and psychopharmacological treatment were obtained. The necessary sample size was calculated and a simple randomization was performed. Subsequently, a descriptive statistical analysis and parametric tests were conducted.

Results: A total of 674 patients (53% women) were evaluated, with a mean age of 78.45 years, and 27.6% of the cases (71% women) were receiving ATD. Among the 333 admitted patients (50%), 83 individuals (24.6%) had previously received ATD; this contrasts with the 103 cases (30.6%) of prior ATD treatment among the patients who were not admitted. After comparative analysis, the relationship between previous use of ATD and being admitted to hospital was not statistically significant in our global sample. This relationship was only statistically significant among the group aged 75 and over (neg. sig. 0.012).

Conclusions: In our study, ATD was associated with a decreased risk of hospital admission for urgent medical conditions in people aged 75 and over. Treating depression may protect the elderly against admission to the Emergency department and may potentially be a quality criterion in preventing complications in this population.

© 2014 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La depresión en el anciano es una enfermedad altamente prevalente. Hasta el 60% de los pacientes ingresados en un hospital general tienen o tendrán un problema de salud mental, incluyendo demencia, delirium o depresión¹.

Al mismo tiempo, las urgencias médicas se han convertido en el primer punto de contacto con el sistema sanitario para muchos pacientes con enfermedades tanto médicas como psiquiátricas². Las enfermedades crónicas (especialmente cardíacas, respiratorias o endocrinológicas como la diabetes) y sus altos niveles de comorbilidad, incluyendo el deterioro cognitivo, la depresión y otras discapacidades, son factores predictivos significativos de las visitas a Urgencias de los adultos ancianos³. Hasta 2/3 partes de los pacientes ancianos admitidos en Urgencias de un hospital general sufren de depresión o de un deterioro cognitivo previo y, en esos casos, los resultados de su estancia en el hospital son más pobres en cuanto a su supervivencia, duración del ingreso o destino al alta⁴.

Para conocer la magnitud real del problema de la depresión en el anciano en nuestra población europea, el consorcio EURODEP publicó en 1995 un estudio multicéntrico a escala europea sobre la prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores. En esa fecha, el diagnóstico de depresión se asignaba a un 12% de la población europea anciana (65 años o mayores), cifra que en España fue algo menor (10,7%)⁵. No existen muchos estudios para poder estimar la incidencia, dada la complejidad metodológica que requieren, aunque podría estar en torno al 12% anual⁶.

La aparición de depresión en adultos ancianos con enfermedades crónicas puede conllevar un aumento del número de visitas a Urgencias, pero, además, las enfermedades crónicas son a su vez un factor favorecedor de la aparición de depresión. Un incremento en la severidad de la enfermedad médica puede llevar también a una potenciación de los síntomas de la depresión y, si esta no se trata correctamente, sus síntomas pueden exacerbar los síntomas somáticos. Es conocido también que los pacientes deprimidos, debido a

los síntomas de su enfermedad, a menudo no siguen las recomendaciones médicas necesarias para el control de las enfermedades somáticas, teniendo también un menor cumplimiento del tratamiento⁴.

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud identificó la depresión como una importante causa directa de discapacidad e hizo hincapié en la importancia de su efectivo manejo y tratamiento en todos los entornos asistenciales⁷. Sin embargo, se detecta una dificultad inherente para identificar trastornos depresivos en los servicios de Urgencias, que viene condicionada por diferentes motivos: la priorización hacia el diagnóstico de enfermedad orgánica y de riesgo inminente, las dificultades metodológicas y organizativas, y la existencia de una gran presión asistencial⁸. Los efectos de este posible infradiagnóstico de la depresión en el anciano son poco conocidos y menos lo son aún sus consecuencias en urgencias^{9,10}.

De hecho, existen pocos estudios que analicen el impacto de la depresión (o su tratamiento) sobre el riesgo de ingreso hospitalario por enfermedad médica en las personas mayores. En todo caso, la evaluación del trastorno depresivo en el anciano debería implementarse en cualquier ámbito y, de hecho, se dispone ya de diferentes escalas de *screening* rápido, que podrían utilizarse o validarse en castellano u otros idiomas¹¹⁻¹⁴.

En un estudio previo de nuestro grupo en el Principado de Asturias, publicado el año 2009 y con una muestra amplia de 1.016 pacientes de 74 años o más (edad media de 87,4 años) y que precisaron valoración geriátrica integral en un servicio de urgencias generales hospitalarias de nuestro medio, el diagnóstico de trastorno depresivo se aplicaba hasta en el 17,4% de los casos, precisando ingreso hospitalario hasta un 79,7% de estos mismos pacientes¹⁵. Tras el análisis de regresión logística ajustado por distintos factores de confusión (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 (OR: 1,83; IC 95%: 1,0-2,78), concluyendo, por tanto, que las personas mayores de 74 años que acuden a un servicio de urgencias y padecen un trastorno depresivo previo tienen un mayor riesgo de ingreso hospitalario¹⁵.

En un estudio posterior del año 2010 en centros asistenciales del norte del estado de Nueva York, se recogió una muestra de 477 pacientes admitidos en un programa de asistencia domiciliar y se valoró si padecían o no depresión. Las tasas de hospitalización entre el grupo de personas con depresión (77 pacientes) y los no deprimidos (400 pacientes) fueron similares (alrededor del 7%). Sin embargo, la media de tiempo de hospitalización fue mayor en el grupo de pacientes con depresión (19,5 vs. 8,4), así como el riesgo de hospitalización durante las 2 primeras semanas tras entrar en el programa¹⁶.

De forma complementaria a estos diversos estudios previos, el objetivo del presente trabajo es determinar si el tratamiento previo de los trastornos depresivos en una persona mayor que acude a Urgencias por una causa médica, constituye un factor protector para el ingreso hospitalario, lo que permitiría conocer en mayor profundidad las consecuencias de un correcto tratamiento de los trastornos depresivos del anciano sobre el sistema sanitario.

Material y método

Diseño

Estudio observacional, aleatorizado, retrospectivo y transversal.

Población y ámbito

Se incluyó a todas las personas con edad de 65 años o superior que acudieron al Servicio de Urgencias de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) desde enero del 2012 hasta octubre del mismo año y que requirieron atención por motivos médicos. El área asistencial de nuestro hospital incluye hasta 500.000 habitantes de la ciudad de Sabadell y la comarca del Vallés Occidental, con una distribución mayoritariamente urbana y de población industrial y de servicios. Se trata de un servicio de urgencias generales con diferentes dispositivos y niveles.

A nivel global, en nuestro hospital se atendieron en ese mismo periodo un total de 36.176 urgencias médicas. Un total de 15.791 de ellas fueron en pacientes de 65 años o mayores (43,65%) y llegaron a precisar ingreso hospitalario hasta 4.094 de estos mismos (25,93%). En el análisis se incluyó a todos los pacientes valorados y que cumplían el criterio de edad acordado, después de excluir a los pacientes frecuentadores que habían acudido en diversas ocasiones a Urgencias (y que podían representar una población de características diferentes a la habitual). Se realizó el cálculo de la muestra necesaria para obtener datos significativos (nivel de confianza del 95%, $\alpha = 0,05$) y posteriormente, con el programa R, se seleccionó aleatoriamente a los pacientes del estudio: 7 pacientes de cada semana a lo largo del periodo de tiempo de recogida de datos que precisaban ingreso y 7 pacientes que fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias a su domicilio o residencia.

Variables

Se obtuvieron datos sociodemográficos básicos (edad y sexo), antecedentes de deterioro cognitivo, antecedentes médicos, consumo de tóxicos (alcohol y tabaco) y polifarmacia. Se tuvo en cuenta la presencia de psicofármacos (antidepresivos, eutimizantes, antipsicóticos y benzodiacepinas), así como las dosis de administración de estos. Se recogieron también las diferentes unidades médicas donde se realizaron los ingresos.

La variable de resultado principal fue el ingreso hospitalario tras la visita a Urgencias por cualquier motivo médico no psiquiátrico (sí/no). La población total incluida se dividió también por edad para determinar un posible efecto de las edades más avanzadas, distinguiéndose entre los pacientes de 75 años o más y aquellos más jóvenes, entre 65 y 74 años.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica informatizada disponible en el propio Servicio de Urgencias, que incluye los datos de los pacientes atendidos en

Urgencias y en las diferentes consultas especializadas, incluido el centro de salud mental de la Corporació. Para abarcar a los pacientes tratados únicamente por los especialistas de Medicina de Familia, se amplió la búsqueda a la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Todos los datos se anonimizaron finalmente para poder proceder a su introducción y análisis.

Para la introducción de las variables se creó una base de datos Excel, utilizando el programa SPSS 21.0 para su análisis estadístico posterior.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio en cuanto a frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Posteriormente, según su indicación, se utilizó la Chi-cuadrado y la T de Student para relacionar las distintas variables recogidas y comprobar su relación estadística.

Resultados

Durante el periodo de enero a octubre del 2012, y después de la aleatorización realizada, se seleccionó a 674 pacientes, divididos en 2 grupos según si ingresaban o no después de la visita a Urgencias. La edad media de estos fue de 78,45 años (DE 7,93) y el 53% de la muestra eran mujeres. Las características de ambas muestras se describen en la [tabla 1](#). Entre el total de pacientes ingresados (337 pacientes), 83 individuos (24,6%) utilizaban previamente tratamiento antidepresivo, mientras que entre los no ingresados (337 pacientes), utilizaban este tipo de fármacos el 30,6% (103 casos).

Los 2 grupos de estudio (ingreso vs. no ingreso) son comparables por sexo, aunque no por edad, siendo significativamente mayores los pacientes que ingresan (79,31 años vs. 77,59 años) que los pacientes que no ingresan.

Las causas más frecuentes de visitas a Urgencias fueron las broncopulmonares (23,4%), seguidas de la enfermedad cardíaca (15,7%) y la enfermedad hepatodigestiva (12,3%) ([tabla 2](#)). En la historia clínica se recogía el deterioro cognitivo en los antecedentes médicos de los pacientes hasta en un 11,6%. Los antecedentes de enfermedad cardiovascular, neumopatía y de enfermedad neurológica se asociaban a un riesgo significativo de ingreso ([tabla 2](#)). Igualmente, los pacientes que ingresaban tenían significativamente una mayor polifarmacia y consumo de alcohol ([tabla 1](#)).

En nuestra muestra total (de 65 años o mayores) no hay una relación significativa entre el hecho de estar en tratamiento antidepresivo y el ingreso urgente ($p = 0,101$). Sin embargo, cuando dividimos la población en grupos de edad, la relación sí es significativa (y negativa) en el grupo de pacientes de 75 años o mayores ($X^2 = 6,610$; $gl = 1$; sig. 0,012) ([tabla 1](#)). Por lo tanto, hay un efecto de ingreso entre las poblaciones más mayores, que es de interés. No hay efecto de género (las mujeres ingresan igual que los hombres) independientemente del tratamiento antidepresivo. Los antecedentes de cardiopatía, neumopatía, oncológicos, neurológicos (diferentes de los deterioros cognitivos), nefrológicos, la presencia de factores de riesgo cardiovascular o traumatológicos en sí mismos tampoco influyen en el efecto del tratamiento antidepresivo sobre el riesgo de ingreso

hospitalario, así como tampoco lo hacen el consumo de tabaco o alcohol.

Los pacientes previamente afectos de deterioro cognitivo y que además toman un tratamiento antidepresivo tienen menor riesgo de ingreso hospitalario urgente ($X^2 = 9,89$; $gl = 1$; sig. 0,003), al igual que sucede con aquellos afectos previamente de enfermedad hepatodigestiva ($X^2 = 4,26$; $gl = 1$; sig. 0,042) o de enfermedad endocrinológica ($X^2 = 5,68$; $gl = 1$; sig. 0,023).

Dentro del grupo de edad de mayores de 75 años, los pacientes que ingresaron, tenían a su vez mayor edad (media de 83,13 años; DE 5,8) frente a los que no ingresaron (media 81,52 DE 5,7; sig. 0,002). No se encontraba un efecto de género en el ingreso ($X^2 = 0,199$; $gl = 1$; sig. 0,362). Por otra parte, el género sí influía en el efecto del tratamiento antidepresivo. Las mujeres en tratamiento antidepresivo ingresaban significativamente menos que aquellas que no lo tomaban ($X^2 = 4,991$; $gl = 1$; sig. 0,032), mientras que este efecto no se detectaba en los hombres ($X^2 = 1,506$; $gl = 1$; sig. 0,285).

En el total de la muestra, de los 186 pacientes que recibían tratamiento antidepresivo, destaca que hasta 111 (68,1%) pacientes de la muestra utilizaban tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en monoterapia. El citalopram es el antidepresivo más utilizado en nuestra muestra (38 pacientes, 23,3%, con una dosis media de 19,74 mg/d; DE 5,92). Los siguientes antidepresivos en cuanto a frecuencia de utilización en nuestra muestra son la paroxetina y la sertralina en 21 de los pacientes (12,9%) y la trazodona en 16 pacientes (9,8%). Las frecuencias, dosis medias y rangos de los distintos tipos de tratamiento antidepresivo utilizados en nuestra muestra se representan en la [tabla 3](#). No hay diferencias significativas entre los diferentes grupos de antidepresivos respecto de los pacientes que ingresan o no. Todos los pacientes de nuestra muestra estaban tratados correctamente con fármacos dentro del rango terapéutico, considerando las precauciones que se han de tener en pacientes mayores de 65 años.

La gran mayoría de los pacientes son tratados por su médico de familia en su centro de Atención Primaria, ya que solo 11 casos (5,91%) son tratados por su especialista de Psiquiatría en el centro de salud mental.

En cuanto al tratamiento con benzodiacepinas, de los 252 pacientes que lo toman, 107 pacientes (42,5%) llevan tratamiento con lorazepam con una dosis media de 1,41 mg/d (DE 1,06). Las siguientes benzodiacepinas utilizadas en cuanto a frecuencia fueron el lormetazepam en 50 pacientes (19,8%) y el alprazolam en 45 pacientes (17,9%). Hay una alta asociación entre el uso de benzodiacepinas y el de antidepresivos ($X^2 = 44,504$; $gl = 1$; sig. 0,001).

Discusión

Además de las ya conocidas consecuencias que el infradiagnóstico de la depresión en el anciano puede tener en su calidad de vida y en la de su familia, los efectos directos de la depresión sobre el sistema sanitario (consumo de recursos sanitarios^{17,18}, además de ser un factor de riesgo de suicidio¹⁹) son poco conocidos en los ancianos y menos aún en los que acuden al área de Urgencias^{1,15}.

Tabla 1 Características de la población y resultados

	Total (N: 674) n (%)	Ingreso (n: 337) n (%)	No ingreso (n: 337) n (%)	t/ χ^2 significación (p)
<i>Edad</i>				0,005
Media (DE), en años	78,45 (7,9)	79,31 (8,1)	77,59 (7,7)	
<i>Grupos de edad</i>				0,351
Desde 65 hasta menos de 75	196 (29,1)	92 (27,3)	104 (30,9)	
75 más años	478 (70,9)	245 (72,7)	233 (69,1)	
<i>Sexo</i>				0,643
Hombre	317 (47)	162 (48,1)	155 (46)	
Mujer	357 (53)	175 (51,9)	182 (54)	
<i>Uso actual de ATD (toda la muestra, n = 674)</i>				0,101
No	488 (72,4)	254 (75,4)	234 (69,4)	
Sí	186 (27,6)	83 (24,6)	103 (30,6)	
<i>Uso actual de ATD (75 años mayores, n = 478)</i>				0,012
No	340 (71,1)	187 (76,3)	153 (65,7)	
Sí	138 (28,9)	58 (23,7)	80 (34,3)	
<i>Uso actual BZD</i>				0,046
No	422 (62,6)	224 (66,5)	198 (58,8)	
Sí	252 (37,4)	113 (33,5)	139 (41,2)	
<i>Uso actual de otros psicofármacos</i>				1
No	637 (94,5)	318 (94,4)	319 (94,7)	
Sí	37 (5,5)	19 (5,6)	18 (5,3)	
<i>Consumo de tabaco actual (n = 421)</i>				0,193
No	380 (90,3)	190 (88,4)	190 (92,2)	
Sí	41 (9,7)	25 (11,6)	16 (7,8)	
<i>Consumo de alcohol actual (n = 419)</i>				0,039
No	374 (89,3)	185 (86)	189 (92,6)	
Sí	45 (10,7)	30 (14)	15 (7,4)	
<i>Polifarmacia (general)^a</i>				0,005
N.º de fármacos media (DE)	6,99 (3,9)	7,41 (3,85)	6,57 (3,92)	

ATD: antidepresivos; BZD: benzodiazepinas; DE: desviación estándar.

^a Polifarmacia (general) incluye el número total de fármacos que se han prescrito al paciente por cualquier motivo, ya sea médico o psiquiátrico.

Como hemos citado, diferentes estudios previos ponen de manifiesto el hecho de 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 enfermedad médica¹⁵. En general, los pacientes geriátricos de 65 años o más con trastornos mentales severos tienen tasas más altas de visitas a Urgencias, hospitalizaciones más largas, alta frecuencia de caídas, alcoholismo y abuso de otras sustancias²⁰. Se trata en todos los casos de una población de riesgo que requiere un abordaje integral y una especial monitorización.

En una revisión sistemática del 2011, se encuentran diferentes factores de riesgo para la readmisión en pacientes geriátricos. Los factores sociodemográficos solo pueden explicar el riesgo en unos pocos modelos, mientras que los ingresos previos y la duración de la estancia hospitalaria fueron los factores más frecuentemente relevantes, así como la morbilidad somática y la discapacidad funcional. Entre otros factores detectados por dicha revisión, pero citados por menos estudios, se encontraban los factores neuropsicológicos (o psicopatológicos), como la depresión o el delirium²¹.

En nuestra opinión los trastornos afectivos en el anciano están infradiagnosticados e infratrados y estos aspectos tendrían que recogerse sistemáticamente en futuros estudios o revisiones sobre el área.

En el 2004, se realizó un interesante estudio prospectivo y longitudinal de factores predictores de rehospitalización entre pacientes de más de 60 años que previamente eran independientes para las actividades de la vida diaria. Se estudiaron 194 admisiones consecutivas de un hospital de rehabilitación. Los pacientes con depresión en la evaluación basal según la *Geriatric Depression Scale* (GDS) tenían mayor riesgo de rehospitalización a los 3 a 6 meses siguientes (OR = 3,549)²².

Los pacientes ancianos tienen peor evolución y peor salud general tras una hospitalización. Como se demostró en un amplio estudio de 1997, los síntomas de depresión pueden mediar parte de estos resultados negativos postalta. En una muestra de 572 pacientes hospitalizados mayores de 70 años, se midieron síntomas de depresión, estado de salud, severidad de la enfermedad. La principal medida de evaluación prospectiva (al alta, 30 y 90 días) fue la dependencia para las actividades de la vida cotidiana. La media de

Tabla 2 Patologías somáticas

	Total (N: 674) n (%)	Ingreso (n: 337) n (%)	No ingreso (n: 337) n (%)	Significación (p)
<i>Deterioro cognitivo</i>				0,117
No	596 (88,4)	291 (86,4)	305 (90,5)	
Sí	78 (11,6)	46 (13,6)	32 (9,5)	
<i>Otra enfermedad neurológica</i>				0,050
No	526 (78)	252 (74,8)	274 (81,3)	
Sí	148 (22)	85 (25,2)	63 (18,7)	
<i>Cardiopatía</i>				0,001
No	401 (59,5)	179 (53,1)	222 (65,9)	
Sí	273 (40,5)	158 (46,9)	115 (34,1)	
<i>Presencia de factores de riesgo cardiovascular</i>				0,610
No	116 (17,2)	61 (18,1)	55 (16,3)	
Sí	558 (82,8)	276 (81,9)	282 (83,7)	
<i>Neuropatía</i>				0,014
No	499 (74)	235 (69,7)	264 (78,3)	
Sí	175 (26)	102 (30,3)	73 (21,7)	
<i>Patología oncológica</i>				0,919
No	558 (82,8)	278 (82,5)	280 (83,1)	
Sí	116 (17,2)	59 (17,5)	57 (16,9)	
<i>Patología hepática o digestiva</i>				0,662
No	496 (73,6)	245 (72,7)	251 (74,5)	
Sí	178 (26,4)	92 (27,3)	86 (25,5)	
<i>Patología nefrológica</i>				0,209
No	618 (91,7)	304 (90,2)	314 (93,2)	
Sí	56 (8,3)	33 (9,8)	23 (6,8)	
<i>Patología endocrinológica</i>				0,813
No	410 (60,8)	207 (61,4)	203 (60,2)	
Sí	264 (39,2)	130 (38,6)	134 (39,8)	
<i>Patología osteoarticular</i>				0,743
No	453 (67,2)	229 (68)	224 (66,5)	
Sí	221 (32,8)	108 (32)	113 (33,5)	

síntomas depresivos en la muestra era de 4, pero pacientes con 6 o más síntomas depresivos al ingreso ($n = 196$) tenían más riesgo de dependencia después de hacer el análisis, controlando por distintas variables, incluyendo las sociodemográficas y de severidad de la enfermedad²³. En un estudio posterior del 2006 con 380 pacientes mayores de 65, se confirman estos mismos datos²⁴. Por otra parte, también hay otros estudios que contradicen estos resultados. En un estudio del 1999 con una muestra de 165 pacientes mayores de 65 años, se encontró que la depresión (puntuaciones de 9 o más en la GDS), sumaba un riesgo muy elevado de deterioro funcional en pacientes hospitalizados ($OR = 3,1$), pero en el modelo final de regresión logística, el efecto desaparecía y solo permanecían como predictores el sexo ($OR = 3,3$), los días de hospitalización ($OR = 2,3$), el índice de Barthel al ingreso ($OR = 6,1$) y el Miniexamen Cognoscitivo ($OR = 2,7$)²⁵.

Un dato interesante de nuestro análisis ha sido la falta de relación entre el tratamiento antidepresivo y el ingreso hospitalario cuando consideramos toda la muestra a partir de 65 años. Los resultados del estudio de Suárez et al. (2009)¹⁵ se refieren a una población de 74 años o más, por lo tanto, serían comparables a nuestra muestra de pacientes de 75 años o mayores donde sí se muestra esta asociación entre tratamiento antidepresivo y reducción del riesgo de ingreso. Estos datos nos hablan sobre un posible efecto diferencial

de la depresión (y de su tratamiento) según la edad se va haciendo más avanzada. Este efecto también podría estar asociado a una mayor cronicidad de ambas enfermedades (somáticas y depresivas).

Como han demostrado diferentes estudios previos, la mejoría en el tratamiento de la depresión no solo mejora los resultados directos negativos de esta en el paciente geriátrico, sino que también reduce los acontecimientos médicos adversos¹⁶. En el estudio inicial de Prina et al. (2012)²⁶, se analizaba una amplia cohorte holandesa de 8.282 personas de 55 a 85 años obtenida del *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA). Tras 12 meses de seguimiento, el 14% de las personas con depresión fueron hospitalizadas por motivos médicos, frente a un 10% de las no deprimidas. La depresión suponía un riesgo doble de muerte durante ingreso (0,8 vs. 0,4%), así como un factor de riesgo independiente para una mayor duración del ingreso hospitalario²⁶.

Posteriormente, Prina et al. (2013) analizaron una cohorte diferente de 5.411 hombres de 69 años o más, residentes en Australia Occidental. En el análisis multivariante, la presencia de síntomas de depresión (puntuaciones de 7 o más en la GDS), resultó en sí un factor independiente de ingreso hospitalario por razones no psiquiátricas (44,8 frente a 22,9%), asociándose a un mayor número de ingresos, así como a una mayor duración de ellos²⁷.

Tabla 3 Tratamientos antidepresivos utilizados

Tipo de ATD	Frecuencia n (%)	Dosis media mg (d.e.); Rango mg
MONOTERAPIA ANTIDEPRESIVA 163 (87,6%)		
<i>Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas</i>	17 (9,1%)	-
Clomipramina	4 (2,5%)	75 (54,01); 25-150
Imipramina	1 (0,6%)	50 (0); 50
Amitriptilina	12 (7,4%)	32,08 (38,8); 10-150
<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</i>	111 (68,1%)	-
Fluoxetina	16 (9,8%)	20 (0); 20
Paroxetina	21 (12,9%)	20,48 (7,4); 10-40
Citalopram	38 (23,3%)	19,74 (5,92); 10-40
Escitalopram	15 (9,2%)	12,33 (4,17); 10-20
Sertralina	21 (12,9%)	67,86 (26,3); 25-100
<i>Antagonismo de 5HT₂</i>	18 (11%)	-
Trazodona	16 (9,8%)	96,88 (22,1); 50-150
Mianserina	2 (1,2%)	10 (0); 10
<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina</i>	8 (4,9%)	-
Venlafaxina	6 (3,7%)	125 (90,83); 75-300
Duloxetina	2 (1,2%)	60 (0); 60
<i>Noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos</i>	9 (5,5%)	-
Mirtazapina	9 (5,5%)	23,33 (7,91); 15-30
COMBINACIONESde ATD* 3 (12,4%)		
ISRS +	10 (43,5%)	-
Trazodona		
Otras combinaciones	13 (56,5%)	-

ATD: antidepresivo; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

*Se detectan hasta 9 combinaciones diferentes de 2 antidepresivos y una combinación de 3 antidepresivos.

En un estudio del 2001, la presencia de depresión, pero también de trastornos de ansiedad, se mostraba como predictora de un reingreso hospitalario. Se trataba de una muestra de 1.654 pacientes que fueron dados de alta y seguidos durante un año. Se evaluó la presencia de trastornos de ansiedad y depresión según criterios DSM-IV y utilizando la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que es una escala que mide muy bien los síntomas de ansiedad y depresión, sin que los síntomas somáticos de las enfermedades médicas²⁸ la afecten tanto como a otras escalas.

El efecto de las benzodiazepinas detectado en nuestra muestra fue relevante. Aunque los ansiolíticos no son un adecuado tratamiento para los síntomas depresivos (excepto

para la ansiedad y el insomnio relacionados), en nuestra muestra se destacan también como elementos protectores, aunque con una menor significación (tabla 1). Sin embargo, este efecto puede simplemente deberse a la alta asociación del uso de benzodiazepinas con el de antidepresivos.

La polifarmacia en general (número total de fármacos del paciente por cualquier motivo ya sea médico o psiquiátrico) es muy prevalente en nuestra muestra y, por otra parte, es un elemento asociado significativamente a una mayor tasa de ingreso, como han destacado ya otros autores previos²⁹. Sin embargo, en nuestra opinión puede representar una consecuencia de la mayor complejidad o severidad de los procesos.

En nuestra muestra, todos los pacientes estaban tratados correctamente con fármacos antidepresivos dentro del rango terapéutico y, en su mayoría (94,09%), fueron tratados por su médico de familia en su centro de Atención Primaria, lo cual demuestra un considerable esfuerzo de optimización y calidad de los tratamientos antidepresivos en nuestro medio.

Diferentes estudios previos en nuestro entorno han detectado también otros factores relevantes en cuanto a la presencia de síntomas psiquiátricos en pacientes mayores. Concretamente, Olivera et al.³⁰ detectaron que, entre otros, la severidad de las enfermedades físicas, el aislamiento, vivir en una residencia asistida o el género femenino se asociaban a una mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica. Hasta el 46,1% de los mayores presentaban al menos un síntoma psiquiátrico, y, de ellos, un 16,4% presentaban deterioro cognitivo, 15,7% ansiedad, 14,3% depresión, 6,1% síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios), un 7,2% ideas hipocondríacas y un 4,4% síntomas obsesivos. La depresión se relacionó con la gravedad de las enfermedades físicas. Debido a la metodología de nuestro estudio, no pudimos incluir un índice acumulativo de gravedad de la enfermedad médica de nuestros pacientes, como puede ser el Índice Acumulativo de Enfermedad³¹, por lo cual, como comentamos posteriormente, este aspecto constituye una de las limitaciones del estudio.

En resumen, 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 necesidad de identificar precozmente a los pacientes depresivos en edades mayores ya que, una vez identificados, la posibilidad de que sean tratados correctamente es muy alta desde cualquier nivel de atención sanitaria y puede conllevar una mejoría evolutiva de sus enfermedades somáticas.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Como principal limitación, cabe considerar que se trata de un estudio aleatorizado pero no controlado. No es posible determinar los motivos exactos o la gravedad del proceso que llevaron a pautar un tratamiento antidepresivo a un paciente concreto entre los diferentes profesionales que lo atendieron previamente, aunque, por lógica se trataría en su mayoría de cuadros ansioso-depresivos y, más raramente de otros procesos (p. ej. dolor crónico) en los que se utilizan ocasionalmente los antidepresivos. De igual forma, la heterogeneidad de los tratamientos impide una

adecuada diferenciación por grupos farmacológicos. Tampoco es posible saber el grado de depresión ante el que nos encontramos en el momento de la consulta a Urgencias: puede haber pacientes que hayan comenzado el tratamiento antidepresivo y todavía presenten sintomatología depresiva. Igualmente, el 9,8% de los pacientes toman trazodona, un tratamiento antidepresivo clásico que, sin embargo, en este grupo de edad se usa sobre todo como hipnótico, con lo cual podría ser un factor de confusión. Tampoco se puede objetivar el cumplimiento del tratamiento o la relación temporal entre su introducción y su posible efecto beneficioso o protector sobre el ingreso hospitalario urgente.

A nivel global, otras de las limitaciones del estudio incluyen la falta de diagnósticos estandarizados, la comorbilidad, la situación funcional o gravedad de los pacientes o la falta de determinaciones del nivel de depresión en el momento del ingreso. Estos 2 últimos factores sí fueron tenidos en cuenta en nuestro anterior estudio con una muestra diferente¹⁵.

Igualmente, al tener un diseño transversal y un análisis bivariante, se pueden establecer asociaciones pero no causalidades. No se puede establecer un efecto independiente del tratamiento antidepresivo, así como tampoco eliminar factores de confusión asociados a la toma de antidepresivos. Para poder demostrar este aserto, precisaríamos un diseño prospectivo, aleatorizado, doble ciego, con el ingreso hospitalario urgente como medida principal de resultados y considerando el diagnóstico estandarizado de depresión como criterio principal de inclusión.

Como principales fortalezas del estudio, tenemos su tamaño muestral, la aleatorización de grupos y su característica ecológica al realizarse en pacientes que acuden de forma natural y no seleccionada a un servicio hospitalario público que atiende un área amplia de salud.

Conclusiones

La prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores es muy alta, habiéndose detectado un efecto complejo y negativo sobre la evolución de las enfermedades médicas crónicas o agudizadas que pueden acompañarla. Diferentes estudios previos ya han detectado una asociación independiente entre el padecimiento de depresión y el riesgo de ingreso hospitalario geriátrico por causa médica.

En nuestro estudio, el tratamiento antidepresivo se relaciona con una disminución del riesgo de ingreso hospitalario urgente por enfermedad médica en personas de 75 años o mayores. Por lo tanto, el tratamiento correcto de la depresión en personas mayores podría tener un efecto protector general frente a la severidad de las enfermedades atendidas en Urgencias en nuestra población y puede suponer un criterio de calidad en orden a prevenir complicaciones futuras.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Goldberg SE, Whittamore KH, Harwood RH, Bradshaw LE, Gladman JRF, Jones RG, et al. The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. *Age Ageing*. 2012;41:80–6.
2. Cully JA, Molinari VA, Snow AL, Burruss J, Kotrla KJ, Kunik ME. Utilization of emergency center services by older adults with a psychiatric diagnosis. *Aging Ment Health*. 2005;9:172–6.
3. Choi NG, Marti CN, Bruce ML, Kunik ME. Relationship between depressive symptom severity and emergency department use among low-income, depressed homebound older adults aged 50 years and older. *BMC Psychiatry*. 2012;12:233.
4. Bradshaw LE, Goldberg SE, Lewis SA, Whittamore K, Gladman JR, Jones RG, et al. Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age Ageing*. 2013;42:582–8.
5. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz 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.
6. 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.
7. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:873–8.
12. 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.
13. 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;174:339–45.

14. 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.
15. Suárez Linares M, Cobo-Gómez J, Suárez García FM, García Carreño E, Álvarez Álvarez A. Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes Mayres de 74 años atendidos en un servicio de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:305-10.
16. Sheeran T, Byers AL, Bruce ML. Depression increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home health care services. *Psychiatry Serv.* 2010;61:78-80.
17. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1997;30:442-7.
18. Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, Lee MA. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:307-12.
19. 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.
20. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013;21:1267-76.
21. García-Pérez L, Linertová R, Lorenzo-Riera A, Vázquez-Díaz JR, Duque-González B, Sarria-Santamera A. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A systematic review. *QJM.* 2011;104:639-51.
22. Mast BT, Azar AR, MacNeill SE, Lichtenberg PA. Depression and activities of daily living predict rehospitalisation within 6 months of discharge from geriatric rehabilitation. *Rehabil Psychol.* 2004;49:219-23.
23. Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med.* 1997;126:417-25.
24. Cole MG, McCusker J, Ciampi A, Windholz SW, Latimer E, Belzile E. The prognosis of major and minor depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14:966-75.
25. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. *Rev Clin Esp.* 1999;(7):418-423.
26. Prina AM, Deeg D, Beekman A, Huisman M. The Association between depressive symptoms and non-psychiatric hospitalisation in older adults. *PLoS One.* 2012;7:e34821.
27. Prina AM, Huisman M, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Brayne C, et al. Association between depression and hospital outcomes among older men. *CMAJ.* 2013;185:117-23.
28. Marchesi C, Brusamonti E, Giannini A, di Ruvo R, Mineo F, Maggini. The use of an emergency ward by patients with depressive or anxiety disorders: A one year follow-up study. *Int J Psychiatry Med.* 2001;31:265-75.
29. Alarcón T, Bárcena A, González-Montalvo JI, Penálosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing.* 1999;28:429-32.
30. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Barros A, Quintana C, et al. Detecting psychogeriatric problems in primary care: Factors related to psychiatric symptoms in older community patients. *Ment Health Fam Med.* 2011;8:11-9.
31. Bulbena A, Jáuregui JV, Zábalo MJ. Índice acumulativo de enfermedad. Adaptación castellana del Cumulative Illness Rating Scale en población psicogeriatrica. *Rev Gerontol.* 1996;6:313-8.