

La depresión en el anciano

Clínica y tratamiento

La depresión en el anciano se está convirtiendo en un importante problema de salud pública. Caracterizada por una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, es una enfermedad que, con todo, puede y debe ser tratada. En el presente artículo se revisan la clínica y el tratamiento farmacológico de la depresión en el anciano.

Si bien la humanidad ha buscado siempre la pócima mágica que le permitiese ser inmortal, las distintas generaciones han comprendido que la única forma de que la especie perdure a lo largo de los siglos, es mediante la reproducción. Así pues, todas las generaciones han tenido que admitir que el ciclo de la vida, marcado por las etapas del desarrollo, el envejecimiento, y finalmente, la muerte, se repite a lo largo del tiempo con una marcada exactitud.

El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vejez es el período de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con períodos anteriores.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

DOCTORA EN FARMACIA.

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales; en lo que respecta al sistema nervioso, se produce una pérdida de conectividad nerviosa, y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, caracterizada por una hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, tal capacidad está disminuida en la población anciana.

Las diferencias entre el cerebro de un individuo joven y el de una persona anciana se muestran en la figura 1.

Las situaciones psicosocial, física y biológica son los principales determinantes que marcan las características del colectivo anciano. La primera viene marcada por la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus tanto social como económico y el mayor aislamiento social; esta problemática se ve agrandada por la menor capacidad y los menores recursos que el anciano tiene para adaptarse a estas nuevas circunstancias. La situación física se caracteriza por la frecuente aparición de enfermedades físicas, con la consiguiente discapacidad que originan éstas. Finalmente, la situación biológica presenta como principales condicionantes las enfermedades físicas y los fenómenos neurodegenerativos, que pueden conducir a la aparición de cuadros depresivos.

La depresión es, junto con la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos. El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida. Sin embargo, es la responsable no sólo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno, sino también de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y, secundariamente, con un claro impacto en el consumo de recursos sanitarios.

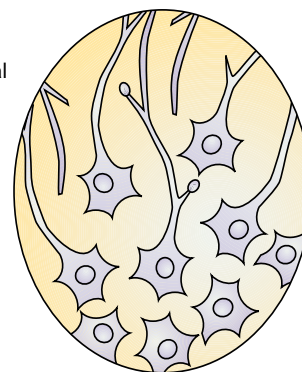
Los datos que baraja la OMS, en torno a la salud mental del colectivo geriátrico, indican que el 25% de ellos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años. Sin embargo, la prevalencia de la depresión en este colectivo varía enormemente dependiendo de las circunstancias en que los ancianos se encuentren:

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad.
- 15-35% de los que viven en residencias.
- 10-20% de los ancianos hospitalizados.
- 40% de los ancianos que tienen un trastorno somático y reciben tratamiento.
- 50% de los ancianos hospitalizados en centros psiquiátricos.

No obstante, y a pesar de estas elevadas cifras de prevalencia, la depresión es la enfermedad mental del anciano con mejor pronóstico, dado su carácter reversible con un tratamiento adecuado.

Cerebro joven:

- Densidad neuronal alta
- Múltiples sinapsis



Envejecimiento cerebral

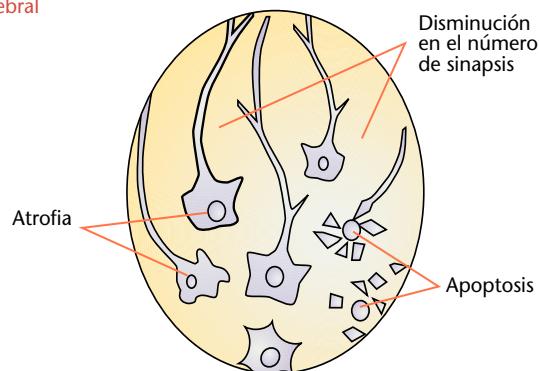


Fig. 1. Diferencias entre el cerebro de un individuo joven y el de una persona anciana.

Etiopatogenia

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en el colectivo geriátrico, conviene señalar, de entrada, que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia.

Finalmente, no hay que olvidar la gran incidencia del desencadenamiento somático de las depresiones seniles. Los principales factores precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas (tabla 1).



Tabla 1. Factores de riesgo en la depresión senil

PREDISPONENTES	CONTRIBUYENTES	PRECIPITANTES
Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos)	Situación socioeconómica	Crisis propias de la edad
Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión	Dinámica familiar	Abandono
Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica)	Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación	Sentimientos de desesperanza
	Pertenencia a un grupo étnico específico	Aislamiento
	Formas de violencia	Violencia
	Comorbilidad orgánica y mental	Muerte de familiares y allegados
		Pérdidas económicas
	Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades	
	Discapacidad y disfuncionalidad	
	Dependencia	

Elaborado a partir de: Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. *geriatrianet.com* (revista electrónica) [consultado 15/10/2004].
 Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>

Clínica y diagnóstico

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico, el cual se basa, a su vez, en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos.

Un importante factor que interfiere negativamente a la hora de establecer el diagnóstico de depresión senil es la creencia muy extendida, no sólo en la comunidad, sino también entre el colectivo sanitario, de que la depresión es la consecuencia lógica del envejecimiento, creencia que en absoluto es respaldada por datos clínicos y epidemiológicos.

La historia clínica deberá recoger los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o sus familiares de primer grado. Es conveniente también que esta historia incluya los principales rasgos de la personalidad del anciano, especialmente si la personalidad de éste ha sido una personalidad basada en la necesidad de orden y perfeccionismo.

Si bien el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano normalmente expresa su malestar como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente el estado anímico sea obligatoriamente vivenciado como la mencionada tristeza.

La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión.

Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.).

Otros síntomas característicos son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora y se hace autorreproches.

Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito:

- La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio, siendo el denominado insomnio tardío, caracterizado por un despertar temprano, la variedad más típica y frecuente en los casos graves.
- La depresión se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una proporcionalidad entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de la sintomatología del cuadro depresivo.

Finalmente, conviene destacar el alto riesgo de suicidio detectado en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad. La alta prevalencia de enfermedad depresiva en los ancianos con tentativas suicidas, en comparación con otras enfermedades, justifica el compromiso de los profesionales de la salud para detectar la posible presencia de conducta autolítica y proceder a un tratamiento vigoroso y a la vigilancia estrecha a cargo de los familiares del enfermo. Factores que se asocian con un alto riesgo suicida son: ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo asociado, sentimiento de culpa, historia de anteriores intentos suicidas y presencia de anestesia afectiva (sentimiento de falta de sentimiento).

En la tabla 2 se muestran los factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano.



Tabla 2. Factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano

- Muchos ancianos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse
- No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración, sean atribuidos erróneamente al envejecimiento
- El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad
- Más de dos tercios de los pacientes presentan quejas somáticas predominantes, y hasta en el 30% la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, etc., junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza
- La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física tienen también depresión
- La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarlo sólo con neurolepticos
- La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo, conduciendo a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar una pseudodemencia

Elaborado a partir de: Miranda C. Depresión. Manual terapéutico del anciano 2002 [consultado 2/10/2005]. Disponible en: <http://www.clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/depresion/depresion.html>

La interfase depresión y demencia

La depresión y la demencia son dos enfermedades frecuentes en el anciano. Pueden aparecer como procesos independientes o bien pueden relacionarse de diversas formas, incluso etiológicamente, apareciendo ambas enfermedades pero con distintos grados de intensidad.

Esta graduación de gravedad va desde la presencia de síntomas depresivos aislados, depresión menor, distimia o depresión mayor, por una parte; y por la otra, presentación de quejas de memoria aisladas, deterioro cognitivo en diferentes grados de intensidad, hasta demencia franca.

Puede ocurrir que el anciano presente sólo síntomas de la esfera cognitiva, o sólo síntomas de la esfera afectiva, en cuyo caso habría que hablar únicamente de demencia o depresión, respectivamente. No obstante, lo más usual es que aparezcan síntomas tanto cognitivos como afectivos, lo que da lugar a una clínica sumamente diversa, que puede traer consigo distintos diagnósticos. Incluso cabe la posibilidad de que el enfermo pase de un trastorno a otro, lo cual obviamente es otra dificultad más a la hora de establecer el diagnóstico. A modo de resumen, puede decirse que la relación entre demencia y depresión, puede manifestarse en tres formas diferentes:

- Paciente aquejado de demencia que desarrolla un episodio depresivo.
- Episodio depresivo primario acompañado de quejas sobre problemas cognitivos.
- Depresión como factor de riesgo o antecedente de demencia.

La tabla 3 recoge algunos de los síntomas y signos que caracterizan a uno y otro proceso.

Tabla 3. Depresión frente a demencia¹

CARACTERÍSTICAS	DEPRESIÓN	DEMENCIA
Inicio	Abrupto	Lento, insidioso
Progresión	Rápida	Lenta
Duración	Breve	Larga
Antecedentes psiquiátricos	Sí	No
Quejas	Discapacidades	No es consciente de los trastornos
Respuestas	«No sé...»	Próximas a la corrección
Estado del humor	Variaciones diurnas (peor por la mañana)	Fluctuaciones diurnas (mejor por la mañana)
Pérdidas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Fluctuaciones (no se esfuerza) • Está muy angustiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estable (se esfuerza pero con indiferencia)
Memoria	Hipomnesia de fijación y evocación	Hipomnesia de fijación, confabulación
Primer síntoma	Humor deprimido	Trastorno de memoria
Asociación	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Insomnio • Anorexia • Ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sociabilidad • Hostilidad • Inestabilidad emocional • Confusión • Desorientación

Tomado de: Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. *geriatrianet.com* (revista electrónica). 2003 (consultado 15/10/2004); 2: (aprox. 21 p.). Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>



Tratamiento

Desde el descubrimiento, hace ya varias décadas, de los primeros fármacos antidepresivos, han tenido lugar importantes avances en el tratamiento de la depresión. El desarrollo de nuevos principios activos ha ampliado considerablemente el marco terapéutico de estos trastornos, existiendo la posibilidad de plantear una farmacoterapia basada, bien en los antidepresivos clásicos (inhibidores de la monoaminoxidasa y antidepresivos tricíclicos), o bien en fármacos de más reciente aparición.

En cualquier caso, al plantear el tratamiento de la depresión en la edad senil, conviene tener presentes las siguientes recomendaciones generales:

- Tratar siempre con un antidepresivo los síntomas de la depresión, sean del tipo que sean.
- Con el fin de no empeorar posibles síntomas cognitivos, se deberán utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes.
- Procurar no usar las benzodiazepinas, salvo en los casos en que sean estrictamente necesarias, ya que estos fármacos agravan los síntomas cognitivos, producen sedación y pueden inducir cuadros confusionales en pacientes muy ancianos.
- Iniciar el tratamiento con la mitad de dosis que en adultos.
- No olvidar la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo los del grupo heterocíclico.
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos que el enfermo reciba.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento.

Farmacoterapia antidepresiva

Para realizar la presente actualización se agrupan los antidepresivos por su mecanismo de acción, centrando la atención en los fármacos más modernos. Seguidamente se analizarán los fármacos más adecuados para combatir la depresión en la edad geriátrica.

En la figura 2 se muestra una secuencia del proceso que va desde el estado normal a la depresión y el tratamiento de ésta.

Inhibidores no selectivos de la recaptación (ADT)

Este grupo también recibe el nombre de antidepresivos tricíclicos, e incluye compuestos tan clásicos como imipramina, amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, maprotilina y lofepramina.

Estos fármacos tienen como contraindicación absoluta el infarto de miocardio reciente. Otras precauciones que deben tenerse en cuenta cuando se usan en ancianos son sus efectos cardiovasculares (hipotensión or-

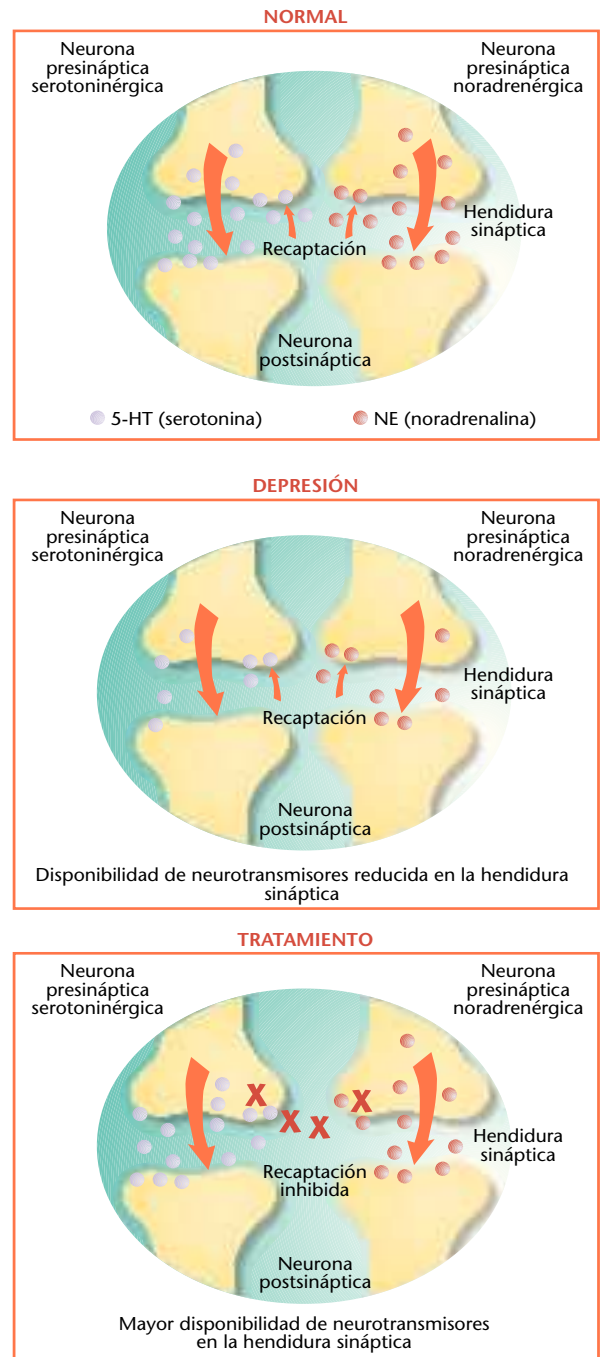


Fig. 2. Secuencia del proceso que va desde el estado normal a la depresión y el tratamiento de ésta.

tostática y arritmia) y sus efectos sobre la función cognitiva (deficiencias cognitivas y delirio).

Dada su eficacia contrastada en la farmacoterapia de la depresión en el anciano, y teniendo en cuenta que no hay diferencias significativas en cuanto a su eficacia, la elección de uno u otro se hará en función de su perfil de toxicidad.

Por otra parte, hay cierta controversia sobre el antidepresivo de elección en el colectivo geriátrico. Así, para algunos autores los tricíclicos no son fármacos de



primera elección en ancianos debido a su perfil de efectos adversos; sin embargo, otros autores afirman que actualmente no puede establecerse ningún antidepresivo como fármaco de primera elección para este colectivo.

Teniendo en cuenta su perfil de efectos adversos, la nortriptilina es el fármaco del grupo de los tricíclicos recomendado para usar en ancianos. Debido a que la mayor parte de los efectos adversos de este grupo de fármacos son concentración dependiente, la monitorización de los valores plasmáticos estaría especialmente indicada en ancianos, al igual que la utilización de dosis menores.

En la tabla 4 se relaciona en rango de dosis diaria de los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de la depresión.

Tabla 4. Rango de dosis diaria de los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de la depresión²

ANTIDEPRESIVO	DOSIS DIARIA (MG/DÍA)
Imipramina	150-300
Amitriptilina	150-300
Clomipramina	150-225
Maprotilina	150-225
Nortriptilina	50- 150

Tomado de: Sáiz J, Montes M. Tratamiento farmacológico de la depresión. Rev Clin Esp. 2005;20(5):233-240.

Antagonistas de los adrenoceptores α -2

El efecto antagónico de los adrenoceptores α -2 es el mecanismo de acción de la mianserina, y la más recientemente introducida mirtazapina. El bloqueo de los receptores α -2 presinápticos implica una inhibición *feedback* negativa de la sinapsis y un incremento de la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica.

En cuanto al perfil farmacodinámico, la mianserina tiene un potente efecto histaminérgico, escasa actividad anticolinérgica y nulos efectos sobre la conducción cardíaca.

La mirtazapina muestra un perfil farmacodinámico más selectivo que la mianserina, aunque también es un potente antihistamínico H_1 . Esto explica que sus efectos secundarios más frecuentes sean el aumento del apetito y la somnolencia. Este fármaco está especialmente indicado en pacientes que reciban politerapia, ya que casi carece de actividad sobre el citocromo P_{450} , lo que evita posibles interacciones con otros fármacos que esté tomando el anciano.

No se han puesto de manifiesto alteraciones cardiopulmonares, ni alteraciones electrocardiográficas significativas en pacientes ancianos deprimidos que recibían dosis similares a las usadas en pacientes jóvenes. En pa-

cientes deprimidos ancianos, mirtazapina ha presentado igual eficacia que amitriptilina en un estudio doble ciego, con 115 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 65 y 85 años.

Respecto a la mirtazapina en adultos y ancianos, la dosis inicial oscilará entre 15 y 30 mg/día, debiendo ingerirse la dosis mayor por la noche antes de acostarse, ajustando posteriormente la dosis en función de la evolución.

En relación con la mianserina, la dosis inicial en ancianos es de 30 mg/día, pudiendo incrementarse la dosis en función de la respuesta clínica.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Este grupo incluye en la actualidad los siguientes fármacos: escitalopram, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Su mecanismo de acción condiciona una mejor tolerancia, menos efectos secundarios y un rango terapéutico amplio. Estos efectos secundarios incluyen molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, dispepsias), que suelen aparecer en los primeros días y tienden a remitir en las primeras semanas; en el sistema nervioso central los más frecuentes son las cefaleas, el nerviosismo, el insomnio, la somnolencia y el aumento de la ansiedad, que aparece sobre todo al inicio del tratamiento.

Debe tenerse un especial cuidado si se usa paroxetina en pacientes ancianos, ya que este fármaco tiene un efecto anticolinérgico superior respecto a los restantes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y, además, su farmacocinética no es lineal. Al mismo tiempo, otros compuestos, como fluoxetina y paroxetina inhiben una de las isoenzimas del citocromo P_{450} y puede interactuar con otra medicación que esté tomando el anciano.

La fluvoxamina, dada su acción sobre los receptores histaminérgicos, tiene un discreto efecto sedativo.

La sertralina, dada su estrecha unión a las proteínas plasmáticas, puede modificar los niveles plasmáticos de otros compuestos que también se unan estrechamente a estas proteínas (warfarina, digoxina, etc.).

Finalmente, merece una especial mención el escitalopram, el isómero S de la forma racémica R-S citalopram, que es 100 veces más potente en la inhibición de la recaptación de serotonina en comparación con el isómero R; su resultado es una mayor potencia inhibitoria y una mayor selectividad. Clínicamente estas propiedades farmacológicas se traducen en una mayor eficacia que el citalopram, eficacia que se observa ya en la primera semana de tratamiento, a lo que unen sus menores efectos secundarios.

En la tabla 5 se muestra el rango de dosis diaria de los ISRS para el tratamiento de la depresión.



Tabla 5. Rango de dosis diaria de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el tratamiento de la depresión³

ANTIDEPRESIVO	DOSIS DIARIA (MG)
Fluoxetina	20-40
Fluvoxamina	50-300
Paroxetina	20-50
Sertralina	50-200
Citalopram	20-60
Escitalopram	10-20

Tomado de: Sáiz J, Montes M. Tratamiento farmacológico de la depresión. Rev Clin Esp. 2005;20(5):233-240.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Venlafaxina y duloxetina son los 2 fármacos con que cuenta este grupo. A dosis superiores a 150 mg/día, la venlafaxina inhibe de forma más potente la recaptación de noradrenalina que de serotonina. Tiene un único metabolito activo, la O-desmetilvenlafaxina; su vida media oscila entre 4 y 10 h, por lo que debe administrarse dos veces al día, a no ser que se use la formula-

ción *retard*. Se metaboliza a través de la isoenzima CYP2D6, ejerciendo una acción inhibitoria sobre éste mucho menor en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; esto hace que la posibilidad de interacciones sea menor.

En cuanto a su perfil de efectos secundarios, destacan durante las primeras semanas de tratamiento las náuseas y los vómitos, que desaparecen cuando se continúa con el citado tratamiento. Tales efectos secundarios son menos frecuentes si se utiliza la formulación *retard*. En lo que respecta a los efectos anticolinérgicos, aparecen con menos frecuencia en comparación con los antidepresivos tricíclicos, pudiendo afirmarse que su perfil de toxicidad es similar al de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Dosis superiores a 300 mg/día pueden dar lugar a elevaciones de la tensión arterial. La dosis inicial es de 37,5 mg cada 12 h; esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta alcanzar los 75 mg cada 12 h, siendo la respuesta clínica dosis dependiente. En el colectivo geriátrico, es conveniente individualizar la dosis y administrarla con precaución.

Otro fármaco de este grupo es la duloxetina, compuesto que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina con una actividad equilibrada sobre ambas aminas. Es un fármaco eficaz para combatir los síntomas físicos en los que se da un componente emocional.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)

Este grupo incluye, como único compuesto comercializado actualmente, la reboxetina, cuyos efectos adversos más frecuentes son cefalea, boca seca, náuseas, estreñimiento y aumento de la sudoración. En ancianos habitualmente aparecen concentraciones plasmáticas más elevadas que en pacientes jóvenes, lo que obliga a utilizar dosis menores. Se elimina preferentemente por vía renal, por lo que puede utilizarse en pacientes aquejados de insuficiencia hepática. No hay contraindicación en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Actualmente se considera que la reboxetina es un fármaco eficaz y con buena tolerancia para el paciente geriátrico, tanto en el tratamiento agudo como en el tratamiento de mantenimiento.

La dosis usual en adultos es de 4 mg/12 h, pudiendo incrementarse la dosis diaria de forma gradual hasta alcanzar una dosis máxima de 12 mg/día. En ancianos con insuficiencia renal y/o hepática, el tratamiento se iniciará con dosis de 2 mg/12 h.

Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A

La moclobemida es el único fármaco disponible con este mecanismo de acción. Dada su reversibilidad en la inhibición de la monoaminoxidasa, sus efectos adver-

CONSEJOS DESDE LA FARMACIA

Qué se debe y qué no se debe hacer

Seguidamente se citan algunas recomendaciones que tanto el propio farmacéutico como los familiares del enfermo deben tener en cuenta de cara a lograr la mejoría y la recuperación del paciente anciano con depresión.

Lo que no se debe hacer

- Pedirle que levante el ánimo y ponga algo de su parte.
- Aconsejarle que se vaya de viaje o de vacaciones para olvidar.
- Intentar convencerle si su estado es delirante.
- Persuadirle de que hay mejoría, aunque no la haya.

Lo que sí se debe hacer

- Explicarle el carácter temporal de la depresión.
- Comentarle la frecuencia del trastorno.
- Comunicarle la buena evolución si ésta se produce.
- Reconvenir su tendencia a ver todo lo negativo.
- Mantenerse siempre en una postura dialogante y flexible con el enfermo.
- Dejarle expresarse.



Los no revisten la gravedad de los inhibidores de la monoaminooxidasa clásicos; de hecho, el paciente en tratamiento con este fármaco no necesita seguir una dieta exenta de tiramina. No produce efectos adversos anticolinérgicos ni cardiovasculares, y en general su toxicidad es escasa y leve (mareos, alteraciones del sueño). Si el paciente presenta insuficiencia hepática grave, es aconsejable disminuir la dosis al 50-70%.

Según se desprende de un metaanálisis reciente, la moclobemida es un fármaco eficaz y bien tolerado en ancianos, con una eficacia antidepressiva similar a los tricíclicos y a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Respecto a la posología, no se requieren ajustes posológicos en ancianos, pudiendo seguirse la misma posología que en los adultos: 150 mg/12 h o 100 mg/8 h después de las comidas. En caso necesario, la dosis puede incrementarse hasta 600 mg/día después de la primera semana.

Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

Si bien los inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa se utilizan actualmente con mucha menos profusión, dado el amplio arsenal terapéutico actual, estos fármacos siguen siendo útiles en depresiones atípicas y en cuadros resistentes. En España está comercializada la tranilcipromina.

Como su propio nombre indica, los IMAO inhiben la monoaminooxidasa, tanto en su forma A como B.

La interacción más típica, y al mismo tiempo la más temida, es la interacción con los alimentos ricos en tiramina. Esta interacción puede conducir a graves crisis hipertensivas; es por ello que los pacientes que reciben este tratamiento deben evitar en su dieta alimentos como habas, quesos, vinos, cervezas, ahumados, patés y, en general, todos los alimentos con altos niveles de tiramina.

Otra posible interacción se puede producir con fármacos simpaticomiméticos, antiasmáticos, levodopa, medicamentos para el resfriado que contengan dextrometorfano, antidepressivos tricíclicos o antihipertensivos de acción central, como metildopa. La administración concomitante con los ISRS puede producir síndrome serotoninérgico.

En cuanto a su perfil de toxicidad incluye ganancia de peso, hipotensión ortostática, insomnio, edemas y disfunción sexual.

La posología de la tranilcipromina en adultos es de 10-15 mg/12 h, pudiendo incrementarse gradualmente la dosis hasta alcanzar un máximo de 90 mg/día.

Otros fármacos antidepressivos

Medicamentos como las sales de litio y los psicoestimulantes (especialmente el metilfenidato), por su perfil de efectos secundarios deberían reservarse para ser utilizados sólo en el ámbito de la atención especializada.

La trazodona, por su potente efecto sedante, las alteraciones cardiovasculares que origina y su corta vida media (3-9 h), no parece estar indicada en pacientes ancianos. La nefazodona, cuya estructura química es similar a la anterior, destaca por presentar una muy baja incidencia de disfunción sexual.

Duración del tratamiento

Cuando el paciente presenta una buena respuesta al tratamiento antidepressivo hay que recordarle la necesidad de mantenerlo, ya que la retirada temprana supone un elevado riesgo de recaída. En general, se recomienda mantenerlo durante un mínimo de un año, antes de iniciar una retirada gradual.

En pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor, la recaída suele ser sumamente frecuente, por lo que se aconseja mantener el tratamiento indefinidamente a partir del tercer episodio, e incluso del segundo, si la recaída se asocia con consecuencias graves.

Papel del farmacéutico

Acabamos de describir una enfermedad, la depresión en el colectivo geriátrico, que en numerosas ocasiones tiende a pasar desapercibida para el propio enfermo y para su entorno; esta enfermedad, si no es tratada convenientemente, puede derivar en una demencia franca, la enfermedad de Alzheimer, o por el contrario, puede agravarse y desembocar en el suicidio, cuyas tasas en este colectivo cuadruplican las de los pacientes de menor edad.

El farmacéutico comunitario, dada su cercanía a la población, puede orientar a los familiares o a los ancianos con síntomas depresivos, en muchas ocasiones atípicos, para que visiten a su médico de cabecera, no debiendo olvidar nunca que cualquier depresión, por leve que sea, si no es tratada adecuadamente, tiende a empeorar. ■

Bibliografía general

- Ayuso JL. La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. *Salud Global* (revista electrónica, 2002) [consultado 12/02/2005]. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL2-2002.pdf>
- Consejo General de COF. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de COF; 2005.
- Flórez JA. La vulnerabilidad psicológica del anciano. *Med Integral*. 2002;39(4):164-9.
- Lyness JM. Treatment of depressive condition in later life. *Realword Light for dark (or dim) tunnels*. *Jama*. 2004;291:1626-8.
- Miranda C. Depresión. *Manual terapéutico del anciano*; 2002 [consultado 2/10/2005]. Disponible en: <http://www.clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/depresion/depresion.html>
- Ramos JA, Díaz A. Tratamiento de la depresión en el anciano. *Jano*. 2001;61:49-59.
- Sáiz J, Montes M. Tratamiento farmacológico de la depresión. *Rev Clin Esp*. 2005;20(5):233-40.
- Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. *geriatrianet.com* (revista electrónica; 2003) [consultado 15/10/2004]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>