

# Taller 2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. ADECUACIÓN AL PERFIL CLÍNICO

Ángel Moríñigo

Médico-psiquiatra ([www.e-psiquiatria.com](http://www.e-psiquiatria.com)), Sevilla

SEPG (Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica)

ICGP (International College of Geriatric  
Psychoneuropharmacology)

# Agenda

- Revisión sobre Depresión Geriátrica
  - Epidemiología y Factores de riesgo
  - Etiopatogenia
  - Neurobiología
  - El modelo de la interacción genético-ambiental
- Actualización de tratamientos
  - Casos/viñetas clínicas
- Repaso del Consenso sobre Depresión Geriátrica de la SEPG

# Depresión Geriátrica

- Tasas de Prevalencia:
  - Muestras comunitarias
    - 13% (Ben Arie et al,1987) hasta el 29,7% (Kivela et al,1988)
  - Muestras Hospital
    - 4.5% EDM y 10.8% Casos subsindrómicos (O` Riordan et al, 1989)
  - Residencias
    - 26% EDM (Gerety et al ,1994)
- Prevalencia similar a la de otros grupos de edad
- La edad NO juega un papel importante en la depresión

# Factores de riesgo

- F Sociodemográficos

- Edad

- Género

- Más prevalente en mujeres

- Estado Civil

- Más prevalencia en divorciados y viudas
- El Matrimonio es un F protector en hombres y de riesgo en mujeres (Prince et al,1999)

- Diagnósticos Somáticos

- Factores de riesgo o patogénicos?

- Apoyo Social

- Acontecimientos Vitales

- Pérdida conyugal
- Enfermedad familiar
- Reducción de ingresos
- Víctima de acto criminal (Prince y Beekman, 2002)

- Capacidades intelectuales

# Factores biológicos de riesgo

- Factores Genéticos
  - Menos herencia que en jóvenes (Prince y Beekman, 2002)
- Neuroimagen cerebral
  - Hipoperfusión en SPECT (Abou-Saleh, 2002)
  - Menor volumen de caudado y L frontal (RNM)
  - Hiperintensidades en sustancia blanca (De Groot, 2000)
- Neuroquímica
  - Concentraciones menores de DA, NE, 5HT y sus catabolitos
  - Alta actividad MAO-B
  - Alta actividad del eje Hipotálamo-hipófiso-adrenal (EHHA) y del sistema nervioso simpático (Schneider, 2002)

# Modelo de vulnerabilidad al estrés

- El que mejor explica la vulnerabilidad en términos de interacción genético-ambiental
- Grado de la exposición del sujeto al estrés
- Diferencias genéticas individuales a los estresores ambientales
- Diferencias en las capacidades de afrontamiento

# Acontecimientos Vitales (AV): Concepto

- Fenómeno externo (Familiar, Social, Económico, Psicológico)
- Presentación brusca
- Implica desadaptación social o psicológica
- Percibido como amenazante
- Requiere un esfuerzo adaptativo grande
- Inesperado, no deseado, incontrolado, con consecuencias negativas para el individuo

# El efecto AV

- Sujetos de bajo riesgo (sujetos dizigóticos y gemelos no afectados de depresión):
    - 0.5% sin AV
    - 6.2% Con AV
  - Sujetos de alto riesgo (sujetos monozigóticos y gemelos con depresión):
    - 1.4% sin AV
    - 14.6% con AV
  - Factores de personalidad
    - Neuroticismo
    - Otros
- (Kendler et al., 2009)

# Condiciones del modelo AV

- Los factores genéticos predisponentes son condición necesaria pero no suficiente para provocar la patología
- Los factores ambientales hacen que los f genéticos alcancen un umbral → el Trastorno se expresa
- Los estresores per se raramente determinan patología

# Factores de riesgo genético

## ■ Historia familiar

- Descendientes en primer grado de probandos depresivos → 2 a 3 veces más riesgo de Depresión
- Estudios en gemelos (Metanálisis de Sullivan, 2000) → Heredabilidad Depresión mayor: 37 %
- Estudio del Maudsley (1996): 48-75 %
- Zubenko et al. (2003): un 50 % de familiares de probandos con Depresión monopolar recurrente tenía algún T del ánimo
- Caspi et al. (2003): Estudio prospectivo desde los 3 a los 26 años, detallándose los AV y estudiando los polimorfismos de la región promotora del gen del transportador de la serotonina → los sujetos con alelos corto -s- en mayor riesgo parfa desarrollar depresión tras AV

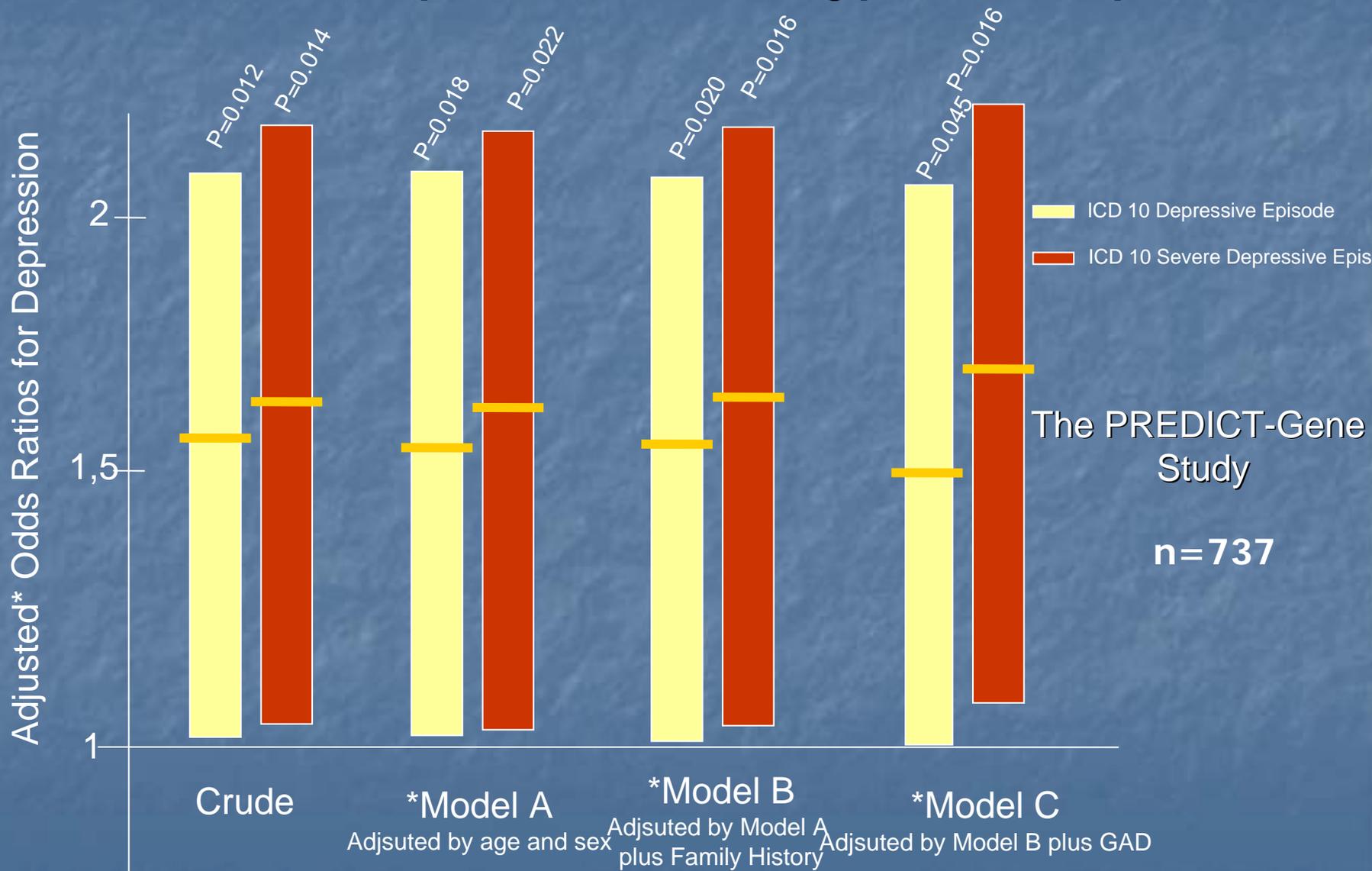
# Serotonina (5HT)

- La proteína transportadora de la Serotonina es un elemento crítico a la hora de determinar la [5HT] sináptica
- La variabilidad genética en la región promótera del gen del transportador de ser está relacionada con el ánimo y la respuesta al estrés
- La región promótera que codifica esta proteína está en el Cr 17 y tiene 2 variantes genéticas (alelos):
  - S → asociado a una reducción del 50% en la expresión de la transportadora de serotonina → más vulnerabilidad a los Trastornos Afectivos
  - L --> asociada a una función normal

# Factores de riesgo genético

- Los individuos con al menos un alelo corto -s- de la región promótera ligada al transportador de la 5HT son más vulnerables a la depresión que los que tienen los dos alelos largos -ll- (Hariri A y Brown S., 2006)
- Los -ss- son los más vulnerables y expresan una hiperreactividad de la amígdala en circunstancias amenazadoras (Hariri A., 2006)
- Los datos de estudio PREDICT-GEN son muy similares y replican los mismos resultados (Cervilla et al., 2007)

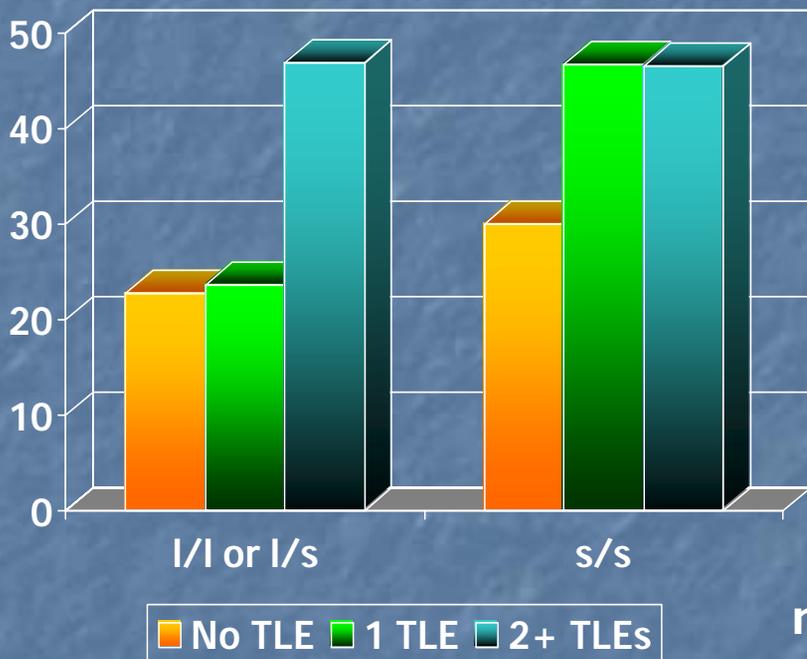
# Independent Association Between Serotonin Transporter s/s Genotype and Depression



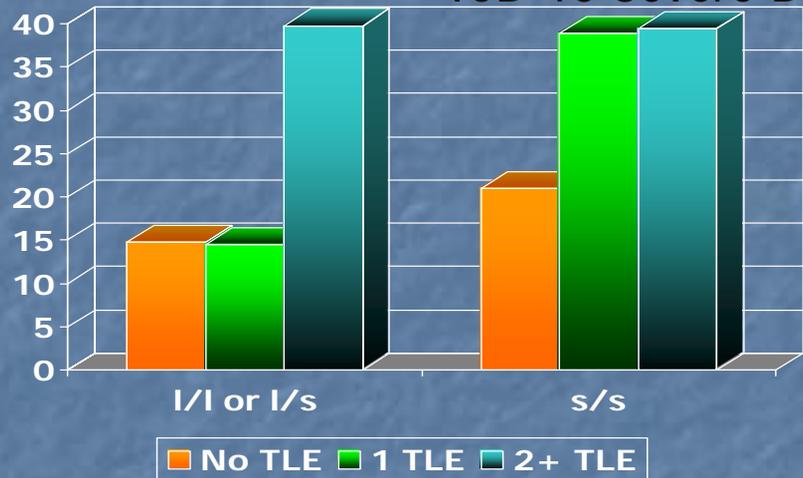
# Adjusted\* GxE Interaction in Depression

\*(Gender,, Age and Family History)

ICD-10 DE

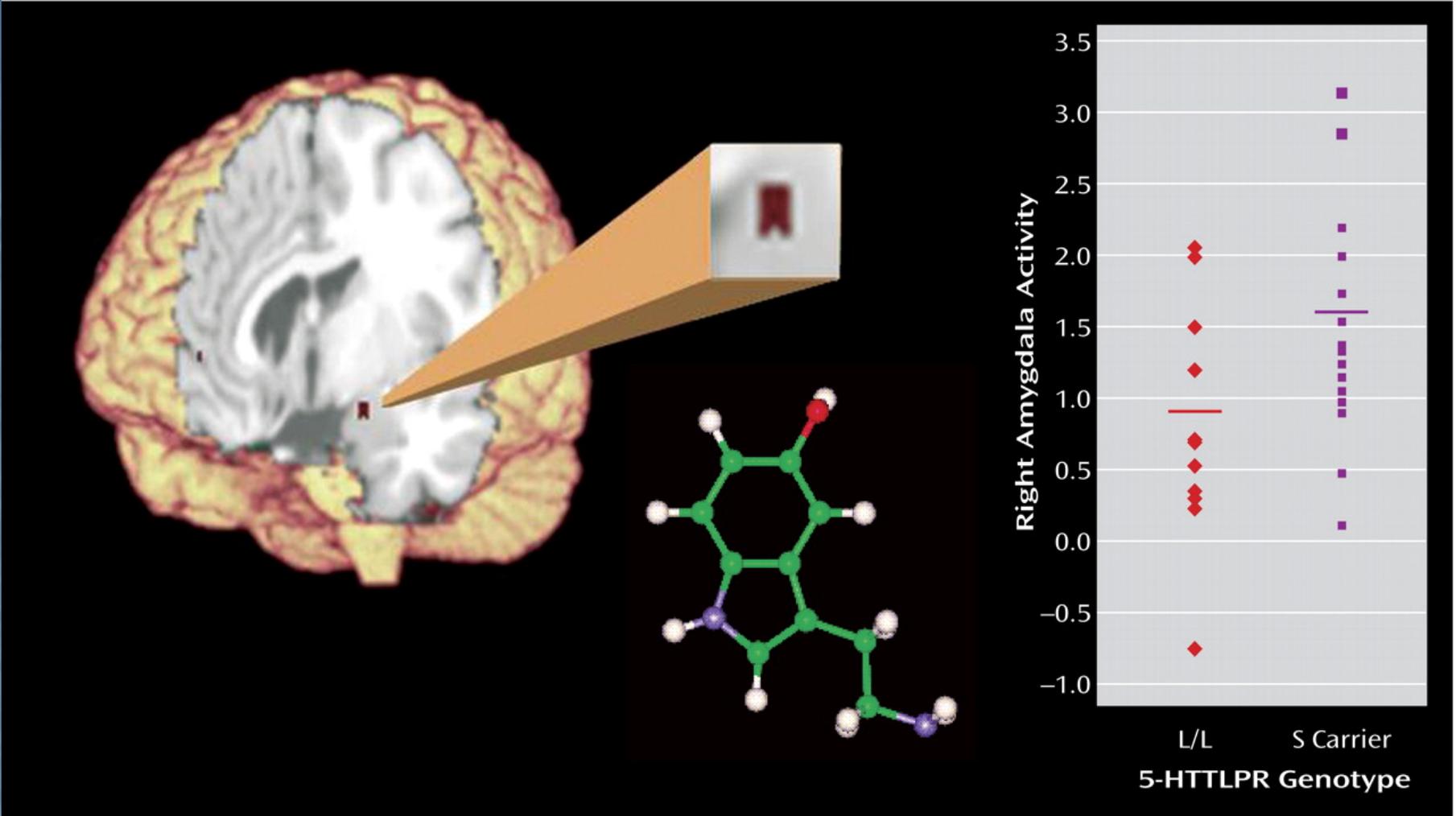


ICD-10 Severe DE



n=737 Adjusted Likelihood Ratio for the Interaction  
 $X^2=8.1$  p=0.01

Adjusted Likelihood Ratio for the Interaction  
 $X^2=6.4$  p=0.04



Hariri A y Brown S. Serotonin. Am J Psy 2006; 163:12  
Imaging from C Tamminga

# Hipocampo y Memoria

- La << del vol del Hipocampo y del I temporal se asocia con la edad
- Esta << en individuos con un T de memoria predice quienes desarrollarán una Demencia
- Papel del >> cortisol asociado a la edad en la <<del vol hipocampal

# Neuroendocrinología del envejecimiento

- << de los r. hormonales
- Umbral hipotalámico > para el feed-back periférico negativo tras completar el crecimiento es un imp elemento de la “desviación de la homeostasis (Dilman, 1979)
- Los efectos facilitadores del  $Ca^{++}$  en la NT se reducen con la edad
- <<NA y de los r. adrenérgicos
- <<r. DA
- << AC
- << de la amplitud del ritmo serotoninérgico circadiano y << de los r. 5HT2

# Eje hipotálamo-hipofisario

- << GH
- << TSH y << de la rta al TRH
- Leve < de T4, <<T3, <conversión de T4n a T3
- < Testosterona en hombres, << tras 60 a.
- >Estradiol → leve feminización/ginecomast
- <<Estrógenos y >>FSH en mujeres postm

# Envejecimiento y estrés

- Los mecanismos fisiológicos del estrés en el eje hh-adrenal se comprometen
- Los + estresantes aceleran el envejecimiento
- << de los lugares de unión de las BZD → >> vulnerabilidad a la ansiedad
- Tendencia a la no-supresión con dexametasona en ancianos sanos (\*)
- La rta de GH a la clonidina (alfa2 agonista) está blunted en depresión, DTA y envejecimiento

# Diagnóstico

- CIE-10
  - T Bipolar
  - EPISODIOS DEPRESIVOS
    - Leve: con/sin síntomas somáticos
    - Moderado: con/sin síntomas somáticos
    - Grave: con/sin síntomas psicóticos
  - T Depresivo recurrente
    - Especificando el tipo de Episodio actual
  - T del humor persistentes
    - Ciclotimia
    - Distimia
  - Otros

\*\*Ningún matiz D<sup>o</sup> con respecto a la edad

# Los Tratamientos Antidepresivos (AD)

# Criterios guía para seleccionar AD

- Tipo de T Depresivo
- Tratamiento agudo con AD
- Elección del AD vs las alternativas
- Aspectos prácticos de la prevención y el manejo del Tratamiento
- Paso siguiente si la opción falla
- Prevención de recaídas
- Tratamiento de la recaída
- Fin del Tratamiento

# Criterios del consenso BPA (15-Abril-2008)

- Basados en su propia revisión/consenso
- En rev. del NICE
- En rev. de la APA
- En rev. del Real Col de Psiquiatras de AUS y NZ

# Niveles de evidencia

- Categoría de la pruebas con relación causa-efecto
  - I: Metáanálisis de EC, con replicación
  - II: EC sin replicación
  - III: Estudios descriptivos, series de casos
  - IV: Comités de Expertos
- Categoría en relaciones no causales
- Fuerza de la recomendación
  - A-I
  - B-II
  - C-III
  - D-IV
  - S: Estándar de Buena Práctica

# Tipo de T Depresivo

- Criterios DSM-IV y CIE-10
- Severidad y duración de los síntomas
- Depresión subsindrómica
- Depresión leve
- Depresión moderada
- Depresión severa

# Tratamiento por especialista

- Riesgo de suicidio
  - Síntomas psicóticos
  - TAB
- 
- Sin respuesta a la primera opción de tto

# Tratamiento agudo: Indicación de AD

- D moderada y severa, independientemente del subtipo D<sup>o</sup> y/o F estrés
- D subsindrómica cuyos síntomas persisten > 2 años
- H<sup>a</sup> de D recurrente
- Duración del Episodio >1-2 meses

# Otras opciones pre-AD o post-AD

- Psicoterapias
- Seguimiento planificado
- Remedios naturales:
  - Hipérico
  - Omega 3 (como tto. Asociado)
- Terapias físicas:
  - TEC
  - ENV
  - EMT
  - Terapia lumínica

# Elección de AD

- AD mejor tolerado
- ISRS o los nuevos AD (Duales u otros)
- ADT
- IMAO
- Si síntomas psicóticos: AD+NL(A)
- A mayor severidad considerar:
  - Venlafaxina
  - Escitalopram
  - ADT

# Factores a considerar para elegir un AD

- Preferencia del paciente (B)
- Subtipo de depresión que puede responder mejor a un determinado AD (TOC y serotonina)(B)
- Respuesta previa a un AD (D)
- Efectos colaterales (peso, f sexual, sedación) -C-
- Medicación concomitante -C-
- H<sup>a</sup> familiar -C-

# Criterios básicos de seguimiento

- Revisiones cada 1-2 semanas al principio
- Monitorizar efectos colaterales
- Evaluar r de suicidio
- Educar para una > adherencia al tto.

# Depresión resistente

- 4 Semanas (en algunos pacientes 6-8 se.)
- > dosis del mismo AD
- Cambio de AD (intraclase o de otra familia)
- Considerar los Duales si más de 1 fracaso con ISRS

# Estrategias de aumento/combinación

- Litio -A-
- Olanzapina -A-
- Quetiapina-B-
- Risperidona-B-
- Aripiprazol-B-
- T3-B-
- Mirtazapina-B-

# Otras opciones de aumento (nivel C)

- Lamotrigina
- Triptófano
- Modafinilo
- Estrógenos en perimenopausia
- Antiglucocorticoides

# Prevención de recaídas

- En los 6 primeros meses de tratamiento hay un alto riesgo de recaída, que < con el tiempo de remisión
- Síntomas residuales, nº de episodios previos, severidad, duración y grado de resistencia del episodio más recurrente

# Duración del tratamiento con AD

- 1er Episodio: 6-9 meses tras remisión completa
- 1 año en pac con cualquier factor que > las recaídas
- 2 años en pacientes más sevros o con muchos AP de Episodios previos (>5)
- Asociar Psicoterapias

- Fin del tratamiento
- Situaciones especiales
  - Edad
    - Largo plazo
    - De por vida (?)
  - Embarazo y lactancia
  - Enfermedades médicas comórbidas

# Eficacia de los AD

- Los AD son eficaces en el tratamiento agudo de los Ep Depresivos moderados y severos en adultos (50% vs 30% placebo)
- >respuesta a placebo en Atención Primaria
- <eficacia en niños y adolescentes
- <eficacia en mayores
- Eficaces en pacientes con depresión en enfermedades médicas pero respuestas más pobres
- La eficacia aumenta con la gravedad de la D y la duración del tratamiento

# Eficacia de los AD

- >eficacia a más síntomas y más severos, y de duración >2-3 meses
- La eficacia no se ve influida por el subtipo de depresión ni por los AV previos
- La respuesta al placebo es más baja en depresión severa y melancolía
- La respuesta al placebo es más alta en D leves, de breve duración y precedidas por AV, y en niños y adolescentes

# Elección de AD

- Los AD tienen una eficacia similar como primera opción para la mayoría de pacientes depresivos (I)
- En pacientes hospitalizados la Amitriptilina parece marginalmente más eficaz que el resto de ADT o ISRS (I)
- Los IMAO son menos eficaces que la Imipramina (I)

- Venlafaxina y escitalopram son ligeramente más eficaces que el resto de ISRS (I); para el escitalopram esto es + válido para pacientes graves a dosis de 20 mgrs/día
- En los consensos europeos publicados hasta la fecha Duloxetina viene aún poco reflejada (explicar razones). Datos americanos la sitúan en términos de eficacia comparativa por debajo de ADT, Venlafaxina y Escitalopram, pero justo a continuación con Mirtazapina detrás

# Eficacia de los AD

- En D atípica: IMAOs (Fenelzina > Imipramina)
- En el T afectivo estacional los AD son poco eficaces (los > ISRS)
- Apenas hay pruebas para escoger un AD en base al perfil de síntomas. (en un estudio Sertralina fue + eficaz que desipramina el D Mayor con TOC)

# Eficacia de AD

- No diferencias entre géneros
- Las mujeres jóvenes toleran peor los ADT (I-II)
- No hay evidencia concluyente de que los Duales sean más eficaces en el tratamiento del dolor asociado a depresión que los ISRS
- No hay factores predictores biológicos de respuesta

# Tolerabilidad de los AD

- Los ADT son pero tolerados que los ISRS
- Hay diferentes perfiles de ef secundarios:
  - ADT e inh recapt NA: ef anticolinérgicos, mareo y sudoración
  - ISRS: GI y disfunción sexual
  - Duales: GI, disf sexual, >TA (?)
  - Mirtazapina: sedación y >peso

# Tolerabilidad de los AD

- Los AD NO se asocian a un  $>$  de suicidio consumado (I)
- Los AD se asocian a una  $<$  de las tasas de suicidio
- ADT e IMAO máximo de toxicidad
- ISRS y los más nuevos menos toxicidad

# Otros datos relacionados con la elección de AD

- Preferencia del paciente ???
- NO hay aún predictores farmacogenéticos fiables
- Los datos de respuesta personal y familiar previa están siendo revisados



# Pasos a seguir tras una respuesta inadecuada a los AD

- La posibilidad de responder a un nuevo tratamiento < con cada intento fallido (II)
- La respuesta es poco probable si no la hay en 4 semanas (II), con sólo un 20% de posible remisión a la se 12, si no hay respuesta entre las 6-8 se
- La falta de una trayectoria continua de mejoría más allá de las 3-4 se se asocia con falta de respuesta a las 12
- En cuanto a estos datos NO hay diferencias adultos vs mayores

# Pasos a seguir tras una respuesta inadecuada a los AD

- No hay datos q permitan afirmar que > dosis tras un fallo inicia mejore la respuesta
- Respuesta dosis dependiente para ADT, Venlafaxina y escitalopram (no otros ISRS), y verosímilmente para Duloxetina
- El cambio de ISRS a Duales es la única estrategia de mejoría aumentada bien avalada (I)
- Cambios bruscos de un AD a otro: en general sin problema, salvo IMAOs a ISRS y Fluoxetina a ADT

# Si respuesta inadecuada a AD ...

- Pruebas de eficacia con estrategias de aumento con:
  - Litio
  - Algunos NLA: olanzapina, quetiapina, aripiprazol
  - T3 ?

# Respuesta inadecuada a AD

- >eficacia con el aumento de :
  - Mirtazapina
  - Triptófano
  - Metilfenidato
  - Lamotrigina
  - Modafinilo
  - Antiglucocorticoides
  - Estrógenos en menopausia

# Paso siguiente

- TEC (I)
- Omega 3 (I)
- Fólico
- Ejercicio físico intenso

# AD en Depresión Geriátrica

- Especificidad ???
- Criterios de elección
  - ISRS
  - AD Duales
  - AD con efecto DA
  - ADT (?)
- Valoración del riesgo de suicidio
- Farmacocinética y dosis
- Duración del tratamiento

# Casos Clínicos

# Viñeta I

- Hombre
- 75 años
- H<sup>a</sup> previa de Depresión recurrente
- HTA y cardiopatía leve
- Alto riesgo de suicidio (H<sup>a</sup> previa)
- Vive solo/bajo la supervisión de una sobrina
- ELECCIÓN DE AD

- ADT
- NORTRIPTILINA
- Opciones suplementarias

# VIÑETA II

- Depresión Bipolar en paciente mujer de 65 años con, al menos, 5 episodios previos de enfermedad -2 depresivos/3 hipomaníacos
- En tto. con sales de litio
- Nuevo episodio depresivo leve
- ¿QUÉ HACER?

- > DOSIS DE LITIO
- ASOCIAR LAMOTRIGINA
  
- Otras opciones:
  - Asociar un ISRS
  - Asociar un Dual: Duloxetina

# Viñeta III

- Mujer 60 años
- Fibromialgia con síntomas depresivos severos
- Dolor intenso en más de 8 puntos corporales
- En tratamiento con Esitalopram sin resultados
- TRATAMIENTOS?

- DULOXETINA

- Otras opciones:

- Otro Dual

- Duloxetina + AC tipo Pregabalina

- ADT

# Viñeta IV

- Mujer 85 años
- Depresión Mayor, intensidad severa
- AP: Diabetes/Poliartrosis
- Un episodio leve en la juventud, asintomática el resto de su vida hasta hace 2 meses (esposo fallecido 3 meses antes)
- ¿QUÉ TRATAMIENTO PRESCRIBIRÍA USTED?

- DULOXETINA

- Otras opciones:

- ISRS

- Apoyo sin tto AD

Consenso Español de  
**depresión**  
en el  
**anciano**



Con la colaboración de

*Lilly*



**Proyecto promovido y auspiciado por la**

**Sociedad Española de  
Psicogeriatría**

# CONCLUSIONES

# Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos (I)

- ✓ Aunque la mayoría de los panelistas así lo estiman, no existe un consenso manifiesto en considerar la depresión mayor más frecuente en el anciano que en el adulto más joven. Ni la escasa información epidemiológica disponible (aún más deficiente en nuestro medio), ni la experiencia personal de los clínicos (que atienden población derivada por otros médicos), resultan fuentes de información fiables. Aunque los escasos datos disponibles sugieren una prevalencia similar en el adulto y en el anciano, son necesarios estudios epidemiológicos amplios en nuestro país.
- ✓ Aunque los factores genéticos que actúan como indicadores de riesgo de depresión en jóvenes pueden no ser los mismos que en la depresión de inicio tardío, parece claro que genes que median neurodegeneración pueden conferir riesgo de depresión de inicio en ancianos.
- ✓ Determinados síndromes depresivos del anciano, sobre todo los menos productivos o apáticos, parecen asociados a cuadros neurodegenerativos, particularmente aquellos que implican la disrupción de circuitos fronto-subcorticales.

# **Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos (II)**

- ✓ Hay un amplio consenso acerca de la participación de factores psicosociales (duelo, soledad, pobreza, ...) como desencadenantes de la depresión en el anciano.
- ✓ Aunque existe una clara asociación entre el ingreso en residencia y la aparición de depresión, es difícil saber si dicha asociación se debe a una reacción psicológica o ambiental al nuevo entorno o si, por el contrario, los pacientes que requieren residencia ya tienen otra serie de determinantes que causan depresión directamente, sin mediar el ingreso residencial.
- ✓ Las vías nerviosas de transmisión del dolor y las zonas emocionales parecen compartir disfunción en procesos dolorosos y depresivos, lo que justificaría la frecuente comorbilidad dolor/depresión.

# Epidemiología y etiopatogenia de la depresión en ancianos (III)

- ✓ Aún sin poder considerarlo un criterio consensuado, la mayoría del panel considera que el concepto de depresión vascular tiene clara utilidad clínica (menos de una cuarta parte de los encuestados niegan su utilidad). Se trata de un concepto de introducción relativamente reciente, cuya aplicabilidad no está exenta de controversias. Quizá los especialistas más familiarizados con la literatura psicogeriátrica sigan más de cerca la evolución de este concepto y su posible aplicación al trabajo cotidiano con pacientes.
- ✓ El concepto de pseudodemencia depresiva, de 25 años de antigüedad, se considera de clara utilidad clínica, en especial entre los médicos no psiquiatras (generalistas y neurólogos), alertando de la posibilidad de que los síntomas cognitivos inherentes a toda depresión, y en especial a la depresión del anciano, pudieran confundirse con la presencia de una demencia, y evitando falsos positivos en el diagnóstico de demencia. No obstante, se critica la imprecisión terminológica del prefijo “pseudo”, que no debería mantenerse una vez efectuado el diagnóstico de depresión atendiendo a criterios operativos. Además, el concepto incide en una dualidad diagnóstica demencia/depresión no del todo real, pues existen otros trastornos confundibles con la demencia, como la “pseudodemencia histérica”.

# **Características clínicas de la depresión en ancianos (I)**

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

# **Características clínicas de la depresión en ancianos (II)**

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

# Diagnóstico de la depresión en ancianos (I)

- ✓ Existe un amplio consenso sobre la utilidad de realizar una valoración cognitiva dentro del protocolo de diagnóstico de la depresión del anciano. La literatura científica y la experiencia clínica avalan la conveniencia de esta actuación, por sus implicaciones diagnósticas y pronósticas. La valoración ayuda a realizar el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia, y a establecer el funcionamiento cognitivo basal del paciente en ese momento (según su evaluación posterior muestre mejoría/estabilidad/empeoramiento durante la evolución de la depresión, representará una alarma de posible evolución hacia la demencia). La extensión de la evaluación cognitiva, adaptada a cada caso concreto, debería incluir al menos un test de screening estándar como el examen cognoscitivo minimental.
- ✓ Se debe investigar el estado físico del paciente deprimido anciano mediante una analítica básica, que aporta información tanto para descartar factores orgánicos subyacentes como para los tratamientos que se puedan instaurar.

# Diagnóstico de la depresión en ancianos (II)

- ✓ Aunque hay una tendencia mayoritaria a considerar útil realizar un estudio de neuroimagen en la depresión en el anciano, no se trata de una opinión unánime (un tercio de los encuestados no lo contempla como un estudio rutinario). Factores como el coste económico o las dificultades de acceso a la prueba pueden influir en la opinión minoritaria.
- ✓ Se ha criticado su ausencia de síntomas y circunstancias típicas de la presentación de la depresión en el anciano en los criterios DSM/CIE. Es necesario adecuar estos criterios para uno o más subtipos de depresión tardía (como los ya existentes para depresión en Alzheimer), para evitar el infradiagnóstico del síndrome en ancianos cuyas manifestaciones depresivas sean más atípicas.

# Pronóstico de la depresión en ancianos

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

# Tratamientos de la depresión en ancianos (I)

- ✓ Los pacientes mayores con depresión tienen un mayor riesgo de suicidio.
- ✓ La depresión que aparece en la edad tardía es un factor de riesgo para la demencia; en algunos casos puede tratarse incluso de las primeras manifestaciones de un cuadro demencial.
- ✓ Tanto los antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como los de acción dual (serotoninérgica y noradrenérgica) (IRNS) son fármacos de primera línea en el tratamiento de las depresiones en el anciano. No así los tricíclicos.
- ✓ Los fármacos antidepresivos con acción dopaminérgica tienen un papel en el tratamiento de las depresiones geriátricas.

# Tratamientos de la depresión en ancianos (II)

- ✓ Los antidepresivos duales de reciente introducción como la duloxetina (acción serotoninérgica y noradrenérgica) y el bupropión (acción dopaminérgica y noradrenérgica) pueden mejorar la respuesta terapéutica de la depresión en los mayores.
- ✓ En general, es necesario hacer un ajuste inicial de dosis al tratar una depresión en un anciano con antidepresivos, pero si la respuesta es insuficiente hay que llegar a la dosis máxima recomendada para cada sustancia, ya que la administración de dosis inadecuadas es la causa más frecuente de falta de eficacia.
- ✓ La disfunción sexual provocada por los antidepresivos en pacientes mayores sexualmente activos es un problema relevante ya que afecta a su calidad de vida y al cumplimiento.
- ✓ En los pacientes mayores no está exenta de riesgos la asociación de hipnóticos y ansiolíticos de tipo benzodiacepínico a los antidepresivos.

# Tratamientos de la depresión en ancianos (III)

- ✓ Hay que considerar la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en los mayores, especialmente cuando hay factores psicosociales identificados en su origen o mantenimiento.
- ✓ El ejercicio físico mejora la depresión geriátrica.
- ✓ La terapia electroconvulsiva (TEC) está indicada en los pacientes ancianos que no responden a los tratamientos estándar, pudiéndose incluso utilizar como tratamiento de mantenimiento.

# **Manejo de situaciones especiales y de comorbilidad en ancianos deprimidos (I)**

- ✓ Incluso cuando haya dudas razonables en el diagnóstico diferencial entre depresión y pseudodemencia depresiva, hay que tratar la sintomatología depresiva. Asimismo, hay que tratar la depresión que complica el curso de una demencia.
- ✓ Las alteraciones cognitivas relevantes que aparezcan en una depresión en edad geriátrica implican una mayor gravedad y peor pronóstico.
- ✓ Las depresiones vasculares responden peor a los tratamientos antidepressivos habituales.
- ✓ La depresión psicótica en los mayores requiere un tratamiento con antidepressivos y antipsicóticos asociados, y eventualmente TEC.

# **Manejo de situaciones especiales y de comorbilidad en ancianos deprimidos (II)**

- ✓ **En las depresiones recurrentes con varios episodios depresivos previos en los mayores hay que plantear un tratamiento de mantenimiento de duración indefinida.**
- ✓ **La asociación de antidepresivos, o el cambio de ISRS a duales, es adecuada en caso de respuesta terapéutica insuficiente.**
- ✓ **En casos de depresión resistente en ancianos no se considera la asociación de sales de litio a los antidepresivos.**
- ✓ **Los pacientes mayores en tratamiento anticoagulante requerirán precauciones especiales al prescribir antidepresivos (Ej. ajuste de dosis, monitorización estrecha).**

A S O C I A C I O N  
(Para Psiquiatría)

Mujer de 70 años, que ha sido diagnosticada de una Leuce mi a Linfoblástica Aguda, que ha requerido tratamiento con ciclos de Vincristina, ante la intolerancia al tratamiento con Glivec. Tras el 5<sup>o</sup> ciclo, ha desarrollado un cuadro de dolor intenso en EEES e II, con pares tetias, impotencia funcional, hasta el punto de no poder deambular si no es con ayuda, por una severa disminución de la fuerza en piernas.

De manera concomitante ha desarrollado un cuadro depresivo con estado de ánimo triste, anhedonia, sentimientos de desesperanza y pesimismo, así como ideas autolíticas, que pone en relación con su estado de intensa postración. Duerme con dificultad, presentando un período de insomnio inicial y medio, y apenas come, habiendo perdido mucho peso en las últimas semanas.

El Hematólogo le ha indicado tratamiento con Prozac (20 mgrs/d) y Tryptizol (10 mgrs/d), que lleva siguiendo unas 4 semanas sin resultados aparentemente beneficiosos. Por lo demás el informe hematólogico señala una buena evolución de su Leuce mi a, con un hemograma normalizado (es todavía pendiente una nueva punción de médula ósea).

Ante tal evolución se decide instaurar tratamiento con Duloxetina (60 mgrs/d), presentando la paciente una rápida evolución hacia la mejoría, aliviándose en primer lugar los dolores referidos a ambas extremidades superiores e inferiores, con mejoría funcional (la paciente ha ganado fuerza en piernas), disminución de las pares tetias y una significativa mejoría del estado de ánimo, que se ha iniciado a las 3 semanas del tratamiento aproximadamente (la mejoría del cuadro sintomático de sup. o linfocitosis se presenta a partir del 10<sup>o</sup> día). Salvo una leve náusea y cefalea la paciente ha tolerado bien el tratamiento.

### DIAGNOSTICO

EPISODIO DE DEPRESIVO MAYOR  
PO L INEURITIS, secundaria a Vincristina, con severa afectación de EEES e II  
L EUCEMI A L I N F O B L E S T I C A A G U D A (en remisión)

### TRATAMIENTO

DULOXETIN A : 60 mgrs/d