

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-10

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE-10: F32 Episodio Depresivo
F33 Trastorno Depresivo Recurrente**

GPC

**Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor
en el Primer Nivel de Atención
ISBN en trámite**

DEFINICIÓN

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
3. Aumento o pérdida de peso.
4. Agitación o lentitud psicomotriz.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimientos de inutilidad o culpa.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que los criterios del DSM IV-R no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en este grupo etario, siendo frecuentemente subdiagnosticada y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

PREVENCIÓN PRIMARIA

El médico familiar, se debe fomentar, estilos de vida saludables (ejercicio aeróbico, dieta sana, erradicación de adicciones etc.), así como promover la asistencia a grupos de atención social a la salud y terapia ocupacional. Se recomienda alentar a los pacientes con riesgo de depresión para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con familiares o amigos, de distintas formas por ejemplo en paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo, eligiéndolas según sus gustos y actitudes ya que tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo. Por otro lado, ante la

presencia de aislamiento social secundario a depresión, el médico familiar deberá buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno ya que está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales.

FACTORES PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN

Dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentran: la familia, la presencia de enfermedades, algunos fármacos, alteraciones ambientales, y circunstanciales. (Ver cuadros 1,2,3 y 4 de la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión del Adulto Mayor en el Primer Nivel).

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen: Sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedad médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño (Insomnio), abatimiento funcional, duelo familiar, económico o funcional, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas, etc.

Dentro de los factores de riesgo más importantes para desarrollar depresión es el insomnio no solo como un factor de riesgo, también está asociado a la persistencia y recurrencia de la depresión. Otro factor de riesgo importante, es la ocurrencia de un infarto del miocardio ya que el riesgo de presentar depresión se incrementa 4 veces, así mismo posterior a un evento vascular cerebral hay 3.4 veces más probabilidades de morir en los siguientes 10 años.

DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Para realizar el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se propone efectuar dos preguntas.

1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza?
2. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas?

Ambas preguntas tuvieron una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 67 %, por lo que se consideran muy útiles como **preguntas claves de escrutinio** para hacer diagnóstico de depresión. Este es un estudio de cohorte efectuado en atención primaria. Ha sido validado y comparado con la escala de Yesavage de 30 reactivos [Geriatric Depression Scale (GDS)].

La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente.

Hay que tomar en cuenta que en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros, es más frecuente encontrar: Irritabilidad o enojo, agitación, ansiedad, preocupación, pérdida del apetito con pérdida de peso, somatización, deterioro cognitivo y/o alteraciones de la memoria, actitudes obsesivas y compulsivas, aislamiento social, problemas maritales.

Los profesionales de la salud deben de efectuar un abordaje estructurado y metódico en el diagnóstico de depresión en el adulto mayor y se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea $\geq 6/15$ puntos.

DEPRESIÓN VASCULAR

La depresión vascular es un término que se refiere a la presencia de un cuadro depresivo mayor, relacionado a factores de riesgo cardiovascular o enfermedad vascular manifiesta, cuyo sustrato es la presencia de micro infartos múltiples (muchas veces silentes) en el tejido cerebral. Se estima que aproximadamente 54% de los pacientes con depresión de inicio tardío reúnen criterios para depresión vascular. Estos pacientes tienen mayor grado de deterioro cognitivo y discapacidad, mayor retraso psicomotriz, menor agitación, poco sentimiento de culpa y menor "insight" de sus comórbidos en comparación con los que solo tienen depresión. Los pacientes deprimidos y con factores de riesgo vascular tienen mayor riesgo de desarrollar **demenia vascular**.

Los criterios de Depresión Vascular son:

1. Sin evidencia de antecedentes de Depresión en miembros de la familia.
2. Diabetes y/o hipertensión de larga evolución.
3. Enfermedad cardiovascular o cerebro vascular manifiesta.
4. Cuadro clínico compatible con Depresión mayor.
5. Déficit cognoscitivo centrado en memoria, atención y percepción.
6. Lentitud psicomotriz.
7. Apatía.
8. Ausencia de respuesta a tratamiento farmacológico.

En relación a la localización del infarto, los pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, especialmente en la corteza prefrontal tienden a tener una mayor frecuencia y severidad de depresión.

El tratamiento de la depresión vascular en diferentes estudios aleatorizados controlados ha sido eficaz al demostrar mejoría en la recuperación funcional en las actividades de la vida diaria y disfunción cognitiva así como disminución de la mortalidad global. Se han utilizado nortriptilina y Citalopram y Escitalopram con buena respuesta. Aunque la depresión vascular es más crónica y más resistente al tratamiento convencional que la depresión de inicio a edades más tempranas.

DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

La depresión se asocia con distintos síndromes geriátricos, ya sea como un precipitante o como una consecuencia de estos. Algunos ejemplos son: el abatimiento funcional, trastornos del sueño, el aislamiento, deterioro cognitivo, la polifarmacia, la deprivación sensorial, síndrome de caídas y la fractura de cadera.

Por tal motivo se debe evaluar funcionalmente al paciente deprimido al momento del diagnóstico y durante el seguimiento con las escalas disponibles para tal efecto (escalas de Barthel, Katz). Así mismo se debe realizar una evaluación cognitiva en el anciano con síntomas depresivos. Se debe posponer hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento y remisión de síntomas depresivos por la posibilidad de la existencia de Pseudodemenia depresiva. De la misma manera existe una relación directa entre la depresión y los trastornos del sueño: Insomnio, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas. Los trastornos del ánimo hacen más susceptible a la presencia de insomnio. Los síntomas más frecuentemente relacionados son: Sensación de una disminución en el tiempo total de sueño y despertar precoz.

La habilidad limitada para mejorar la comunicación frecuentemente resulta en una pobre funcionalidad psicosocial. Los adultos mayores experimentan dificultades para adaptarse a la pérdida sensorial (audición y visión), siendo la depresión, la ansiedad, la letargia y la insatisfacción social las repercusiones más frecuentes. El médico del primer nivel de atención deberá derivar oportunamente al especialista correspondiente a todo adulto mayor con privación sensorial, para la corrección en medida de lo posible.

La depresión debe ser considerada como un síndrome geriátrico, con procesos previos que llevan a depresión y consecuencias que este padecimiento presentará, por lo anterior se debe de abordar al paciente de forma integral. (Ver Diagrama 1)

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es tratable en el 65 a 75 % de los casos, requiere un manejo efectivo con un abordaje biopsicosocial combinando con farmacoterapia y psicoterapia, mejora la calidad de vida y la capacidad funcional, así como la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud. Esta mejoría de los síntomas es evidente en las 2 a 6 semanas de haber iniciado la terapia antidepressiva.

El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal, para ello es importante la colaboración interdisciplinaria en el primer nivel de atención (Médico, enfermera, psicología, trabajo social). Así mismo, los médicos deben proveer a los pacientes y sus familiares la información adecuada y referirlo a centros de atención social a la salud para distintos tipos de ayuda complementaria que ahí se ofrece.

El médico en atención primaria debe de conocer las opciones terapéuticas no farmacológicas para el manejo de la depresión que no responde a manejo farmacológico y psicológico habitual. Por lo que se recomienda conozca las opciones de la terapia electroconvulsiva, ya que es una opción de primera línea para pacientes con depresión y características psicóticas quienes no respondieron a la farmacoterapia.

Tratamiento no farmacológico

Los resultados obtenidos en tratamientos no farmacológicos desafían la creencia generalizada de que los adultos mayores son rígidos e incapaces de alterar los hábitos disfuncionales, posiblemente por ello solamente 5% de los pacientes deprimidos tienen tratamiento psicoterapéutico asociado a que se presume que el anciano tiene menos respuesta que el joven, pero el potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad, los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas que los deprimidos jóvenes. En conclusión la psicoterapia es recomendada en adultos mayores con depresión.

La psicoterapia aunada a la farmacoterapia debe ser usada como tratamiento inicial para pacientes con depresión mayor. Para la depresión el tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses.

Existe una amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en los adultos mayores con depresión: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia por resolución de problemas, reminiscencia, biblioterapia, musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa y como herramienta general, se recomienda enviar al paciente deprimido a grupos de atención social a la salud para que se les otorgue alguna de las terapias antes comentadas.

Los pacientes con depresión y con problemas de inicio y continuidad del sueño pueden beneficiarse con medidas de higiene del sueño así mismo distintos tipos de ejercicio físico han mostrado una mejoría en el estado de ánimo del paciente anciano deprimido.

Las prácticas de medicina complementaria que incluyan acupuntura, yoga y tai-chi son recomendables por su seguridad y eficacia en el tratamiento de la depresión, ansiedad e insomnio. Debe tomarse en cuenta el contexto social y cultural del paciente antes de aconsejar el inicio o suspensión de una práctica de medicina complementaria.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento antidepresivo es recomendado como tratamiento inicial en pacientes con depresión mayor. El médico debe enfatizar los beneficios del tratamiento antidepresivo y los efectos en la funcionalidad así como eliminar la idea de que la depresión es una característica de la vejez. La subutilización de los antidepresivos y la prescripción inadecuada de las dosis son los errores más comunes de los médicos cuando tratan pacientes ancianos con depresión.

La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) los hacen los medicamentos de elección en la mayoría de los tipos de depresión del adulto mayor, tienen una tasa de respuesta del 55 al 70% con un retraso en el inicio de su efecto de 10 a 20 días. Los ISRS son mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos (ATC) debido a menores efectos sedantes y colinérgicos.

El médico de primer contacto debe de conocer las características y el perfil farmacológico de los distintos medicamentos antidepresivos, así mismo se recomienda iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante una o dos semanas y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima, las siguientes dosis se recomiendan al inicio del tratamiento en el adulto mayor.

- Paroxetina 10mg cada 24hrs.
- Sertralina 25mg cada 24 horas
- Fluoxetina 20mg cada 24hrs (su presentación es en cápsula y no permite disminuir la dosis).
- Venlafaxina 75mg cada 24 horas.
- Citalopram 10mg cada 24 horas.

En el paciente frágil se recomienda disminuir al 25% de la dosis habitual por el potencial de riesgo de efectos adversos y de preferencia utilizar por la mañana, (solo en un porcentaje mínimo de pacientes provocan somnolencia y se recomendarían en la noche).

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), muestran mayor frecuencia de los efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos, éstos son mediados por la actividad en los receptores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos, se relacionan con un alto riesgo de eventos cardiovasculares significativos en pacientes con cardiopatía isquémica, por lo que los ISRS son los medicamentos de elección el paciente con enfermedad cardiovascular asociada, su uso mejoró el pronóstico y disminuyó los síntomas depresivos. De igual manera los ISRS son fármacos eficaces en la profilaxis en pacientes con depresión post-evento cerebro-vascular, mejorando la funcionalidad y ayudando en la recuperación neurológica.

La imipramina es un ATC y puede presentar efectos adversos en los adultos mayores. En caso de que se utilice en primer nivel de atención, deberá tenerse cuidado en iniciar con dosis bajas (12.5mg), con incrementos lentos y tener una estrecha vigilancia de los efectos secundarios, como los cardiovasculares (arritmias), estreñimiento, glaucoma, boca seca, retención aguda de orina, caídas e hipotensión ortostática. La doxepina y amitriptilina deben ser evitadas en el tratamiento de los pacientes ancianos deprimidos por sus potencial riesgo de eventos adversos.

Existe un gran consumo de medicamentos psicótropicos sin un diagnóstico preciso. Por ejemplo, el consumo de ansiolíticos (benzodiazepinas) en sujetos con depresión se presenta hasta en un 42% y en éstos, solamente reciben tratamiento antidepresivo un 15% de los casos. Por lo tanto no se debe considerar la monoterapia con benzodiazepinas. Si coexiste la depresión con la ansiedad, o alteraciones del ciclo sueño-vigilia se debe de utilizar dosis bajas de ansiolíticos de vida media corta durante un periodo no mayor a tres meses para evitar tolerancia y adicción, no se recomienda el tratamiento a largo plazo ya que su eficacia no está claramente establecida. **Las benzodiazepinas no son antidepresivos.**

Los pacientes deberán ser advertidos rutinariamente que los hipnóticos causan somnolencia y que puede afectar la capacidad para realizar actividades que requieren un nivel de alerta ó coordinación física y que hay un incremento en el riesgo deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas. Además dependencia, tolerancia, insomnio de rebote y síndrome de abstinencia. Las benzodiazepinas con vida media larga (diazepam, flurazepam, clorazepato, clorodiazepóxido) deben evitarse.

En los ancianos que ya estén siendo tratados con benzodiazepinas de manera crónica y se decida retirarse, este deberá ser gradualmente. Lo anterior se ha relacionado con mejoría en la función cognoscitiva y en el estado de ánimo.

SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

Se requieren al menos 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo. La recuperación de un episodio depresivo usualmente toma 6 a 12 meses, por lo que la terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos dos años después del segundo episodio y tres a cinco años después del tercero. La recurrencia de la depresión después de los primeros tres episodios de depresión mayor es de 50, 70 y 90% respectivamente. Los pacientes deben ser vigilados cada mes durante los primeros 6 a 12 meses después de la remisión, luego cada 3 meses después del año de remisión.

Para minimizar los síntomas de discontinuación de los medicamentos, debe avisarse al paciente que no debe discontinuar abruptamente el fármaco. Al término del tratamiento, se debe retirar gradualmente el medicamento antidepresivo durante un periodo de 4 semanas, en algunos casos, dicho periodo podrá ser mayor para evitar la aparición de los efectos secundarios por supresión de fármacos ISRS e IRSN los cuales incluyen: ansiedad, ataxia, diarrea, mareo, fatiga, cefalea, insomnio, irritabilidad, náusea, parestesias, temblor, alteraciones visuales, vómito.

PRONOSTICO

La recuperación es similar en ancianos y en jóvenes, solo algunas remisiones pueden tomar más tiempo en el adulto mayor. Un 54 a 84% de los pacientes se recuperan, 12 a 24% recaen y 4 a 28% permanecen

enfermos o discapacitados. El pronóstico de la depresión es mejor cuando se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicado. La depresión con deterioro cognoscitivo asociado (pseudodemencia) es un factor predictivo para demencia, se observa con mayor frecuencia en mujeres con eventos depresivos previos y nivel socioeconómico elevado.

CRITERIOS DE REFERENCIA

En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

Cuando después de 6 meses de tratamiento recomendado no haya respuesta favorable, exista la presencia de síntomas psicóticos o exista una recidiva del cuadro depresivo, se deberá referir al médico psiquiatra o geriatra del segundo nivel que corresponda.

Cuando el paciente represente un riesgo para el mismo (intento suicida), debe ser enviado urgentemente al servicio de psiquiatría correspondiente y valorar la posibilidad de contención.

ALGORITMOS



