



ORIGINAL BREVE/Sección Clínica

Implicaciones de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados por afección médica

Alicia Conde Martel^{a,b,*}, Marion Hemmersbach-Miller^a, Basilio J. Anía Lafuente^{a,b},
Natacha Sujamani Afonso^c y Miriam Serrano-Fuentes^a

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^c Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2012

Aceptado el 1 de octubre de 2012

On-line el 7 de marzo de 2013

Palabras clave:

Síntomas depresivos

Ancianos hospitalizados

Pronóstico

Comorbilidad

Incapacidad

Actividades de la vida diaria

R E S U M E N

Introducción: Los síntomas depresivos en los pacientes mayores hospitalizados son muy frecuentes, y se han asociado a una mayor mortalidad. Nos planteamos estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados y su relación con distintas afecciones, así como con su situación funcional, mental y mortalidad.

Material y métodos: Se estudiaron prospectivamente 115 pacientes mayores de 64 años. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión de 15 ítems validada en español. Se consideró la presencia de los síntomas depresivos si se obtenían de 6 o más puntos. Se recogieron las características demográficas, el índice de comorbilidad de Charlson, los diagnósticos de ingreso, la situación funcional evaluada mediante el índice de Barthel y de Lawton-Brody, la capacidad mental evaluada mediante el cuestionario de Pfeiffer, la estancia y la mortalidad hospitalaria.

Resultados: De los 115 pacientes estudiados con una edad media de 70,5 años, 71 (61,7%) eran mujeres. Se observaron síntomas depresivos en 46 pacientes (40%; IC 95%: 34,8–43,9). Los pacientes que fallecieron mostraron una puntuación significativamente superior en la prueba de Yesavage ($p=0,04$). En el análisis multivariante se observó la asociación significativa independiente entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional ($p=0,026$), la capacidad mental ($p=0,021$), la insuficiencia renal ($p=0,001$), la hepatopatía ($p=0,018$) y la artrosis ($p=0,017$), perdiéndose la significación obtenida previamente para la diabetes ($p=0,43$).

Conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados es elevada, y se asocia con los diagnósticos de insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis, con una mayor comorbilidad y especialmente con una peor capacidad funcional.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of depressive symptoms in hospitalized elderly medical patients

A B S T R A C T

Introduction: Depressive symptoms in hospitalized patients are very common, and they have been related to higher mortality. The aim of the study was to estimate the prevalence of depressive symptoms in hospitalized elderly patients and its relationship to various diseases, as well as their functional and mental status and mortality.

Material and methods: A total of 115 patients over 64 years of age were prospectively studied. The validated Spanish version of the Geriatric Depression Scale of Yesavage (15-item version) was used. Patients were considered to have depressive symptoms if ≥ 6 points were obtained. The demographic characteristics, the Charlson comorbidity index, the diagnosis at admission, the functional status assessed by the Barthel and Lawton-Brodie index, the mental capacity assessed by the Pfeiffer questionnaire, the length of the hospital stay, and hospital mortality were recorded.

Results: Out of the 115 patients studied, with a mean age of 70.5 years, 71 (61.7%) were female. Depressive symptoms were observed in 46 patients (40%, 95% CI: 34.8–43.9). Patients who died showed a significantly

Keywords:

Depressive symptoms

Hospitalized elderly

Prognosis

Comorbidity

Incapacity

Activities of daily living

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acondemar@telefonica.net (A. Conde Martel).

higher score on the Yesavage scale ($P=.04$). The multivariate analysis showed a significantly independent association between depressive symptoms and functional capacity ($P=.026$), mental status ($P=.021$), renal failure ($P=.001$), liver disease ($P=.018$), and osteoarthritis ($P=.017$), but losing the previously seen significant association with diabetes ($P=.43$).

Conclusions: The prevalence of depressive symptoms in hospitalized elderly patients is high, and is associated with the diagnoses of renal failure, liver disease and osteoarthritis, with a higher comorbidity and especially with a poorer functional capacity.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente en las personas mayores, con una prevalencia que oscila entre un 5 y un 12% en la población general¹ y hasta en un 36%² en los pacientes hospitalizados. La presencia de síntomas depresivos es aún más frecuente, oscilando entre el 17%³ y el 73%⁴ en los pacientes hospitalizados, y se ha asociado a un mayor uso de los recursos sanitarios, una mayor probabilidad de reingreso⁵ y una mayor mortalidad^{6,7}. Además, una proporción sustancial de los pacientes con depresión no son diagnosticados³. En nuestro país, pocos estudios han analizado la prevalencia de los síntomas depresivos y/o la depresión en los pacientes hospitalizados por afección médica⁸.

Nos planteamos estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados y su relación con las distintas afecciones, la capacidad funcional y mental, la estancia y la mortalidad hospitalaria.

Pacientes y métodos

Se estudiaron 115 pacientes mayores de 64 años hospitalizados en un servicio de medicina interna, ingresados consecutivamente durante un año. Se excluyeron los pacientes con afasia, coma, situación inestable o demencia avanzada, que impidiera la comunicación verbal adecuada. También se excluyeron los pacientes diagnosticados de depresión que habían requerido valoración psiquiátrica, pero no se excluyó a los pacientes que tomaban antidepresivos prescritos por su médico de cabecera. Para una prevalencia estimada del 25%⁵, con un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión del 8%, resultaban necesarios 113 pacientes.

La presencia de síntomas depresivos se definió como la obtención de 6 o más puntos en la versión abreviada (15 ítems) de la escala de depresión geriátrica de Yesavage validada en español⁹. La evaluación se efectuó en las 48 h iniciales del ingreso.

Se recogieron de la historia clínica las siguientes variables: edad, sexo, lugar de residencia, si vivía solo, índice de comorbilidad de Charlson¹⁰ y otros antecedentes no incluidos en el mismo, como la presencia de hipertensión, fibrilación auricular, dislipemia, principales diagnósticos de ingreso; capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria evaluada mediante el índice de Barthel⁹, previamente al ingreso y al inicio del mismo; capacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la prueba de Lawton-Brody⁹, estado mental según el cuestionario de Pfeiffer en su versión validada al castellano⁹, estancia hospitalaria en días y mortalidad durante el ingreso.

Se calculó la prevalencia de los síntomas depresivos. Se analizó su relación con las distintas variables, incluyendo las características socio-demográficas, afecciones, capacidad funcional y mental, estancia y mortalidad.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS[®] versión 15.1 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, utilizando la media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y los porcentajes para las variables categóricas. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante la prueba Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. La relación entre las variables cuantitativas y cualitativas se analizó mediante

la prueba *t* de Student o la prueba *U* de Mann-Whitney, y la relación entre las variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman. Se efectuó un análisis multivariante (regresión logística) considerando como variable dependiente la obtención de una prueba de Yesavage patológica (6 puntos o más) y como variables independientes las que habían mostrado asociación significativa en el análisis univariante. Se incluyeron además el género y la edad. Se consideró un nivel de significación estadística del 5%.

Resultados

La prevalencia global de síntomas depresivos fue del 40% (IC 95%: 34,8-43,9). Diecisiete pacientes (14,8%) tomaban tratamiento antidepresivo.

La **tabla 1** muestra un resumen descriptivo de cada una de las variables, incluyendo los diagnósticos de ingreso y comorbilidades más frecuentes, así como sus respectivos contrastes univariantes en relación con la presencia de síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos se asociaron significativamente con la presencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis, y con la ausencia del antecedente de neoplasia. Además, los pacientes con síntomas depresivos presentaban mayor índice de comorbilidad de Charlson. La presencia de los síntomas depresivos se asoció a peor capacidad funcional y a peor estado mental.

La mortalidad tendía a ser superior en los pacientes con síntomas depresivos ($p=0,06$), aunque no se alcanzó la significación estadística. Sin embargo, los pacientes que fallecieron habían obtenido una puntuación media significativamente superior ($p=0,04$) de la prueba de Yesavage (8,4 puntos DE: 3,4) con relación a los que sobrevivieron (4,9 puntos; DE: 3,4).

Los resultados del análisis multivariante se muestran en la **tabla 2**. Se mantuvo asociación significativa independiente entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional, estado mental, insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis, perdiéndose la significación obtenida previamente para la diabetes. Se excluyeron del análisis multivariante el índice de Barthel al ingreso y del test de Lawton por presentar colinealidad con el índice de Barthel previo al ingreso; también se excluyó el índice de Charlson por incluir afecciones que se relacionaron de forma significativa en el análisis univariante como la diabetes, hepatopatía o insuficiencia renal.

Discusión

La prevalencia de síntomas depresivos en el 40% de los pacientes mayores hospitalizados es superior al 22,4%¹¹, pero parecido al obtenido por Cullum et al. con la misma escala¹².

Aunque está descrita una mayor frecuencia de depresión en las mujeres⁸, nosotros no hemos observado esta asociación, ni tampoco con el hecho de vivir solo¹¹.

Determinadas afecciones se relacionan con una mayor frecuencia de depresión. En la insuficiencia cardiaca se ha descrito una mayor prevalencia de depresión que en la población general, y su presencia se ha asociado a una peor evolución¹³. En nuestra serie no observamos una mayor prevalencia de depresión en los pacientes con insuficiencia cardiaca, lo cual podría deberse a que la

Tabla 1
Relación entre los síntomas depresivos y las variables sociodemográficas, diagnósticos, capacidad funcional y mental, estancia y mortalidad

	Total (115)	Síntomas depresivos (46)	No síntomas depresivos (69)	OR; IC 95%	Valor de p
Edad: media, (DE)	70,5 (2,9)	70,2 (3,1)	70,7 (2,7)	-	0,3
Mujeres, n (%)	71 (61,7%)	32 (69,6%)	39 (56,5%)	1,8 (0,8-3,9)	0,16
Varones, n (%)	44 (38,3%)	14 (30,4%)	30 (43,5%)		
Vive solo, n (%)	17 (14,8%)	8 (17,4%)	9 (13%)	1,4 (0,5-3,9)	0,5
Diabetes, n (%)	72 (62,6%)	34 (73,9%)	38 (55,1%)	2,3 (1,1-5,2)	0,04
ACV, n (%)	28 (24,6%)	11 (23,9%)	17 (25%)	0,9 (0,4-2,3)	0,89
Insuficiencia renal, n (%)	40 (34,8%)	24 (52,2%)	16 (23,2%)	3,6 (1,6-8,1)	0,017
Hepatopatía, n (%)	17 (14,8%)	12 (26,1%)	5 (7,2%)	4,5 (1,5-13,9)	0,038
Neoplasia, n (%)	7 (6,1%)	1 (2,2%)	6 (8,7%)	0,2 (0,03-2)	0,15
Antecedente neoplasia	24 (20,9%)	5 (10,9%)	19 (27,5%)	0,3 (0,1-0,9)	0,03
Artrosis, n (%)	25 (21,7%)	15 (32,6%)	10 (14,5%)	2,9 (1,2-7,1)	0,021
Insuficiencia cardiaca, n (%)	54 (47%)	19 (41,3%)	35 (50,7%)	0,7 (0,3-1,5)	0,32
Infección, n (%)	68 (59,1%)	30 (65,2%)	38 (55,1%)	1,5 (0,7-3,3)	0,28
Índice de Charlson	3,1 (1,9)	3,5 (1,8)	2,8 (1,8)	-	0,029
Barthel previo al ingreso: media, (DE)	85,8 (19,1)	78,9 (21,4)	90,4 (15,9)	-	<0,001
Barthel en el ingreso: media, (DE)	62,9 (29,3)	49,6 (29,3)	71,7 (25,9)	-	<0,001
Lawton: Media, (DE)	5,1 (2,2)	4,4 (2,4)	5,6 (2)	-	0,006
Pfeiffer: media, (DE)	1,8 (1,8)	2,4 (2,1)	1,4 (1,6)	-	0,014
Estancia en días: media, (DE)	14,8 (10,9)	14,1 (9)	15,2 (11,7)	-	0,6
Mortalidad, n (%)	5 (4,3%)	4 (8,7%)	1 (1,4%)	3,1 (0,5-17,9)	0,06

ACV: accidente cerebrovascular; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

Tabla 2
Regresión logística multivariante. Factores relacionados con la presencia de síntomas depresivos en el estudio univariado

	Coefficiente β (DE)	Valor de p	OR (IC 95%)
Edad	-0,16 (0,1)	0,08	0,9 (0,7-1,02)
Sexo femenino	0,5 (0,6)	0,32	1,7 (0,6-5,1)
Diabetes	0,4 (0,5)	0,43	1,5 (0,5-4,3)
Insuficiencia renal	1,8 (0,5)	0,001	6,3 (2,2-18,1)
Hepatopatía	1,6 (0,7)	0,018	4,9 (1,3-18,6)
Artrosis	1,4 (0,6)	0,017	4,2 (1,3-13,5)
Barthel prehospitalización	-0,03 (0,01)	0,026	0,97 (0,95-0,99)
Pfeiffer	0,3 (0,1)	0,021	1,4 (1,1-1,8)

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

comparación se establece con pacientes hospitalizados afectados de otras afecciones y no con la población general.

Aproximadamente un tercio de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) desarrollan depresión¹⁴. Nosotros no hemos detectado asociación significativa entre los síntomas depresivos y el accidente cerebrovascular, posiblemente debido al escaso número de pacientes recogidos en la muestra con esta afección.

La diabetes tipo 2 *per se* no parece incrementar el riesgo de depresión¹⁵, aunque sí pueden hacerlo sus complicaciones o comorbilidades, como lo sugiere la pérdida de asociación entre los síntomas depresivos y la diabetes tras el ajuste multivariante.

Se observó una asociación significativa entre la artrosis y la depresión ya conocida; de hecho, el tratamiento de la depresión puede mejorar no solo los síntomas depresivos, sino también el dolor y la funcionalidad de los pacientes con dolor osteomuscular¹⁶. Por otra parte, se ha comunicado la relación entre la depresión y la severidad de la hepatopatía¹⁷.

Una de las asociaciones más claras observadas en nuestra serie con la presencia de síntomas depresivos la tuvo la peor capacidad funcional, tanto para realizar las actividades básicas, como las actividades instrumentales de la vida diaria. Otros autores también han observado asociación entre la depresión y la dependencia para las actividades básicas^{5,11} e instrumentales de la vida diaria^{5,6}. Se ha sugerido que esta asociación puede ser causal; así Rapp et al.¹⁸, mostraron que un mayor grado de incapacidad física precedió al diagnóstico de trastorno depresivo. Sin embargo, también se ha comunicado que los pacientes con estados muy iniciales de demencia con síntomas depresivos muestran un riesgo elevado de deterioro funcional¹⁹. Probablemente exista una relación bidireccional, de forma que la incapacidad física favorece el estado

depresivo y a su vez la presencia de depresión puede llevar a la limitación de la movilidad y al deterioro funcional. Por otra parte, la relación observada entre la depresión y la disfunción cognitiva es sobradamente conocida.

El limitado tamaño de la muestra no ha permitido detectar asociación con la mortalidad. Otro aspecto debatible es la utilización de la prueba de Yesavage, que es una herramienta de cribado. Sin embargo, esta prueba ha sido ampliamente usada en la población mayor y ha mostrado su validez⁵, aunque para la detección de la depresión clínica se recomienda el corte en 7 puntos o más¹². Finalmente, el diseño observacional y transversal del estudio no permite establecer afirmaciones sobre la relación causa-efecto de las asociaciones detectadas.

La evaluación de la esfera afectiva forma parte de la valoración geriátrica integral, que debe realizarse en todos los ingresos de pacientes mayores y que permitiría determinar la efectividad de la intervención psiquiátrica en la mejoría de sus afecciones orgánicas.

Como conclusión, la prevalencia de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados es elevada, oscilando entre un 35 y 44%, y se relaciona con los diagnósticos de insuficiencia renal, hepatopatía y artrosis, y con una peor capacidad funcional y mental.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Urbina T, Flores Mayr JM, Garcia Salazar MP, Torres BL, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007;21:37-42.

2. Schneider G, Kruse A, Nehen HG, Senf W, Heuft G. The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychother Psychosom.* 2000;69:251-60.
3. Rapp SR, Parisi SA, Walsh DA, Wallace CE. Detecting depression in elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:509-13.
4. Linka E, Bartko G, Agardi T, Kemeny K. Dementia and depression in elderly medical inpatients. *Int Psychogeriatr.* 2000;12:67-75.
5. Bula CJ, Wietlisbach V, Burnand B, Yersin B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. *Arch Intern Med.* 2001;161:2609-15.
6. 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.
7. Covinsky KE, Kahana E, Chin MH, Palmer RM, Fortinsky RH, Landefeld CS. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med.* 1999;130:563-9.
8. Grau MA, Suner SR, Abuli PP, Comas CP. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin (Barc).* 2003;120:370-5.
9. Cruz Jentoft AJ, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Rexach Cano L. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Barcelona: Prous Science; 2006.
10. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
11. Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Bumand B, Bula CJ. Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. *Aging (Milano).* 2000;12:301-7.
12. Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21:469-76.
13. Watson K, Summers KM. Depression in patients with heart failure: clinical implications and management. *Pharmacotherapy.* 2009;29:49-63.
14. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke.* 2005;36:1330-40.
15. Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ.* 2006;175:42-6.
16. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;301:2099-110.
17. Bianchi G, Marchesini G, Nicolino F, Graziani R, Sgarbi D, Loguercio C, et al. Psychological status and depression in patients with liver cirrhosis. *Dig Liver Dis.* 2005;37:593-600.
18. Rapp SR, Parisi SA, Wallace CE. Comorbid psychiatric disorders in elderly medical patients: a 1-year prospective study. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:124-31.
19. De Ronchi D, Bellini F, Berardi D, Serretti A, Ferrari B, Dalmonte E. Cognitive status, depressive symptoms, and health status as predictors of functional disability among elderly persons with low-to-moderate education: The Faenza Community Aging Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:672-85.