

Apuntes de la literatura biomédica

Relación entre síntomas de depresión y resultados en estado de salud en ancianos agudamente enfermos, hospitalizados

La hospitalización en ancianos puede precipitar, y lo hace con frecuencia, un deterioro marcado en las funciones y en la calidad de vida del paciente, no sólo por la enfermedad que origina la hospitalización sino a causa de factores psicosociales, entre los cuales se ha propuesto como importante la depresión. Existen suficientes soportes teóricos y prácticos indirectos: varios estudios han mostrado que hay una relación de asociación entre depresión y pobre estado de salud. Sin embargo, los estudios (en pacientes ambulatorios) han sido transversales y por esto no se ha podido demostrar una relación temporal que permita deducir relación causal; tampoco se ha podido hacer ajustes por severidad de la enfermedad.

Demostrar una relación entre depresión y mal resultado final en salud, permitirá identificar a los pacientes en riesgo y tratarlos más específicamente, con la esperanza de influir en el resultado final a través de la mejoría de la depresión.

Para determinar si los síntomas depresivos presentes en el momento de la admisión predicen un peor resultado global de salud, se llevó a cabo un estudio de cohortes en los hospitales universitarios de Cleveland. Se propusieron cinco hipótesis: 1) Los síntomas depresivos en la admisión preceden y predicen malos resultados en salud; 2) Esta asociación es independiente del estado de salud y de la severidad de la enfermedad en la admi-

sión; 3) La magnitud de esta asociación es grande y muestra evidencia de dosis-respuesta; 4) Esta asociación es consistente en el tiempo y 5) Esta asociación es consistente aun cuando se utilicen diferentes mediciones de resultados en salud.

Los pacientes se obtuvieron de un primer estudio de 206 personas mayores de 75 años, hospitalizados entre marzo y julio de 1990 y de un segundo estudio, un experimento clínico controlado que evaluaba una intervención para mejorar resultados funcionales, con 651 pacientes mayores de 70 años, hospitalizados entre noviembre de 1990 y marzo de 1992. De los 857 pacientes de los dos estudios se excluyeron 285 por estar demasiado enfermos o confusos para la entrevista inicial; 164 porque provenían de ancianos; 38 no estuvieron disponibles para entrevista; rechazaron ser entrevistados 27 y murieron antes de ser contactados 18. Estos pacientes no admitidos estaban más severamente enfermos, tenían más comorbilidad y eran menos independientes en sus actividades básicas de la vida diaria y tuvieron peores resultados luego de 90 días de su alta, con mayores mortalidad y dependencia en las actividades básicas.

Se utilizó para la evaluación la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) que consta de 15 puntos y que se ajusta particularmente bien a la evaluación del paciente anciano agudamente enfermo, ya que se enfoca en los síntomas no somáticos de depresión. Las entrevistas fueron realizadas durante las primeras 48 horas de admisión. También se evaluó la función cognoscitiva mediante la prueba de MiniMental de 21

puntos, las actividades de la vida cotidiana a través de la evaluación de actividades básicas y actividades instrumentales y finalmente el estado global de salud y la satisfacción con la vida. Para la evaluación global se utilizó la escala Apache y algunos componentes del índice ponderado de comorbilidad de Charlson. Para efectos del análisis, los pacientes fueron agrupados en terciles de tamaño similar, de acuerdo con el número de síntomas depresivos. La medición primaria de resultado, la actividad básica de la vida diaria fue evaluada como dicótoma: independiente (el paciente puede realizar las cinco actividades básicas sin asistencia) o dependiente (el paciente necesita ayuda en una o más de las actividades básicas). El estado global de salud también fue considerado dicótomo: excelente o bueno y regular o malo. La satisfacción con la vida fue clasificada como satisfecho o muy satisfecho, igualmente satisfecho que no satisfecho, no satisfecho y marcadamente no satisfecho.

Se determinó la relación transversal inicialmente entre síntomas de depresión con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y con las tres mediciones de salud. Se hicieron evaluaciones bivariadas mediante Chi cuadrado y se hicieron modificaciones para tendencias cuando fue apropiado. Para determinar la contribución independiente de los síntomas de depresión a cada medición en la admisión se hizo un análisis de regresión logística ajustado por severidad de la enfermedad (Apache), por comorbilidad (Índice de Charlson), por resultado del MiniMental y por caracterís-

tics demográficas (edad, raza, sexo, condiciones de vivienda y estado civil). Finalmente se determinó si los síntomas depresivos en la admisión predecían dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y peores resultados en a las de alta del hospital, así como 30 y 90 días después. Para este análisis solamente hubo 359 pacientes disponibles, de los cuales sólo en 336 hubo datos de actividades instrumentales. Se hizo estratificación para el análisis por cada una de las mediciones de interés en salud.

La mediana (número por debajo y por encima del cual había el mismo número de pacientes) de síntomas depresivos fue cuatro. Los pacientes con seis o más síntomas depresivos en la admisión (196) tuvieron mayor probabilidad de ser dependientes (Riesgo Relativo Indirecto RRI = 2.47, IC95% 1.58-3.86) en la vida diaria que los que no tuvieron o tuvieron hasta dos síntomas (181), luego de controlar por características demográficas y por severidad de la enfermedad. De allí en adelante en todas las evaluaciones los pacientes con más síntomas tuvieron mayor probabilidad de ser dependientes, aun después de ajuste por dependencia previa en las actividades básicas, severidad de la enfermedad y características demográficas. Los RRI de los pacientes con seis o más síntomas comparados con aquellos con cero a dos síntomas fueron: 3.23 (IC95% 1.76-5.95) a la salida del hospital; 3.45 (IC95% 1.81-6.60) a los 30 días de alta y 2.15 (IC95% 1.15-4.03) 90 días después de alta. Siempre aquellos con seis o más síntomas depresivos tuvieron más dependen-

cia en las actividades instrumentales, peor estado global de salud y menos satisfacción con la vida.

En conclusión, la presencia de síntomas depresivos identifica un grupo vulnerable de ancianos hospitalizados. Fue más probable que la salud se deteriorara más en aquellos pacientes y también fue menos probable que mejoraran luego de la hospitalización. Esta asociación no pudo ser atribuida al estado de salud o a la severidad de la enfermedad en la admisión. Esta secuencia temporal y su magnitud, la consistencia en el tiempo con diferentes mediciones y su independencia de la severidad de la enfermedad somática son un fuerte apoyo a la teoría de una relación entre síntomas depresivos en la admisión y resultados inadecuados posteriores en salud.

- Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld S. Relation between Symptoms of Depression and Health Status Outcomes in Acutely III Hospitalized Older Persons. *Ann Intern Med* 1997; 126: 417-425.

Prevalencia y asociaciones del aneurisma de aorta abdominal detectado durante tamizado

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una de las 10 primeras causas de muerte en ancianos y se ha considerado que es una manifestación de aterosclerosis, aunque se han postulado también mecanismos genéticos. La prevalencia de AAA en estudios de tamizado es enormemente variable y no hay suficientes estudios con tamaño de muestra adecuado para identificar los factores de riesgo.

Para identificar potenciales factores de riesgo independiente-

mente relacionados con AAA y para determinar la prevalencia de AAA no reconocido, en poblaciones definidas y en grupos de riesgo, se recolectó información en un estudio de corte transversal.

Se incluyeron pacientes dependientes de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, vistos en 15 centros médicos, participantes en el estudio ADAM (Aneurysm Detection and Management). Los pacientes fueron invitados a participar en el programa de tamizado a través de cartas, enviadas por lotes de acuerdo con el número de seguridad social. Una segunda carta se enviaba a aquellos que aún no habían aceptado participar. También se aceptaban pacientes que llegaran al centro sin invitación. Solamente se incluyeron pacientes entre 50 y 79 años de edad. Se excluyeron todos los casos repetidos y aquellos a quienes previamente se les había informado sobre un AAA. Todos los pacientes fueron evaluados a través de un breve cuestionario sobre información demográfica y posibles factores de riesgo para AAA. Se les preguntaba sobre cada uno de los factores y si habían sido informados alguna vez por un médico de la existencia de alguno de estos factores. Este cuestionario fue desarrollado para el estudio y probado previamente en los centros participantes. Los datos obtenidos fueron validados con datos recolectados en el subgrupo de pacientes que tenía AAA y que fue más tarde incluido en el experimento clínico que se conducía.

Para la evaluación del AAA se utilizó un escáner sectorial de 3.5 MHz de tiempo real, y se

realizaron evaluaciones por encima y por debajo de las arterias renales. A los ultrasonografistas se les instruyó para: 1) Hacer evaluación de la aorta en planos anterioposterior y lateral y 2) Reportar el máximo diámetro externo en el punto más ancho de cualquier dilatación de los segmentos supra e infrarrenal. Los pacientes con AAA o con sospecha de tenerlo eran referidos para evaluación y las discrepancias entre los resultados de pruebas subsecuentes y los resultados de la evaluación inicial fueron informados al ultrasonografista del estudio.

Para la definición de AAA se aceptó un diámetro aórtico infrarrenal de 4.0 cm o más, definición que tiene amplia aceptación. Sin embargo, puesto que hay otras definiciones propuestas y no hay acuerdo, para el estudio se utilizaron también puntos de corte como diámetro aórtico infrarrenal de al menos 3.0 cm y una relación de diámetro aórtico infrarrenal a supra-renal de 1.5 o más.

El análisis para determinar la asociación entre los elementos del cuestionario y la presencia de AAA se hizo con regresión logística, considerando todas las variables que se incluyeron en el cuestionario, puesto que se trataba de hacer un estudio descriptivo.

Durante el período de estudio se enviaron 320.000 cartas; 5.3% fueron devueltas por dirección inválida o por muerte del destinatario. Noventa y un mil de las restantes (30%) fueron devuel-

tas por personas que querían entrar en el tamizado. Se evaluaron en el programa de tamizado 73.943 personas entre 50 y 79 años; 492 fueron excluidas porque no se obtuvo una imagen adecuada de la aorta. Los restantes 73.451 pacientes constituyeron el grupo de estudio de los cuales 3.5% había aceptado participar sin haber recibido carta. El grupo consistía fundamentalmente en hombres (97.2%), con amplio predominio de fumadores (74%).

Se detectó un AAA de 4.0 cm o más en 1.031 participantes (1.4%). El factor de riesgo más frecuentemente asociado con el aneurisma fue el tabaquismo con un RRI de 5.57 (comparando diámetros de más de 4.0 cm con diámetros menores de 3.0 cm) (IC95% 4.24 a 7.31). Esta asociación se incrementaba de manera significativa con el aumento del número de años de tabaquismo. Se encontraron algunos factores protectores: sexo femenino (RRI 0.22, IC 0.07 a 0.68); raza negra (RRI 0.49, IC 0.35 a 0.69) y diabetes (RRI 0.54 IC 0.44 a 0.65). La historia familiar de AAA estaba positivamente asociada (RRI 1.95 IC 1.56 a 2.43) aunque solamente se encontró 5.1% de los participantes. Se encontraron otros factores asociados independientemente: edad, altura, enfermedad arterial coronaria, cualquier forma de aterosclerosis, hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

El objetivo del estudio era determinar los potenciales factores de riesgo y encontró los que

se han descrito tradicionalmente. Se da un enorme énfasis al tabaquismo por ser el del riesgo relativo indirecto mayor; los factores asociados con la enfermedad coronaria o cardiovascular son todos factores de riesgo para aneurisma, con la excepción de la diabetes mellitus, en la que se obtuvo un resultado inesperado. Se revisó si existía la posibilidad de que este resultado negativo surgiera de que el paciente diabético tiene una probabilidad más alta de haber sido diagnosticado con AAA antes del tamizado. Para estudiar esta posibilidad se revisaron todos los pacientes enviados para tamizado y se encontró que la frecuencia de diabetes fue igual en el grupo general que en el grupo que entró finalmente al estudio (12%) y se le encontró AAA y definitivamente menor que la frecuencia que se encontró en la población tamizada y en la que no se encontró AAA (19%).

El conocimiento de los potenciales factores de riesgo debe servir para programar los esfuerzos de investigación y para ayudar a decidir programas de estudio, prevención y detección temprana.

- Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. *Ann Intern Med* 1997; 126: 441-449.

Alvaro Ruiz

Dr. Alvaro Ruiz Morales: Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Unidad de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá.