

Gerontopsiquiatría en esquemas

Trastornos depresivos



Alicia Kabanchik

Dra. Alicia B Kabanchik

Gerontopsiquiatría en esquemas

Trastornos depresivos



Editorial Sciens
BUENOS AIRES

Índice

Etimología	09
Epidemiología	10
Características.....	11
Prevalencia	12
Discapacidad	13
Clasificación	14
Etiología	15 - 17
Factores de riesgo	18 - 19
Fragilidad	20
Diagnóstico, subdiagnóstico, hiperdiagnóstico	21 - 23
Síntomas diferenciales	24 - 25
Síntomas comunes a patologías somáticas y depresión médica	26 - 28
Duelo	29
Trastornos del estado de ánimo	30
Melancolía, TDM con síntomas melancólicos clasificación	31 - 33
Suicidio, características	34
Valoración del riesgo suicida	35 - 37
Melancolía involutiva	39
Trastorno depresivo mayor diagnóstico diferencial	39
Depresión reactiva, trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo / Mixto	40 - 42
Depresiones asociadas a patologías psiquiátricas	43 - 44
Depresiones asociadas a polifarmacia / Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias....	45 - 46
Depresiones asociadas a patologías médicas	47 - 48
Depresión vascular	49 - 50
Depresión y enfermedad cardiovascular	51
Cognición	52
Hipoavitaminosis D	53
Trastornos tiroideos	54
Déficit B12.....	55
Hiponatremia	56
Depresión enmascarada	58 - 59

Depresión hostil	60
Trastorno cognitivo asociado a depresión	61
Pseudodemencia diagnóstico diferencial	62
Depresión esencial	63
Distimia	64
Depresión por incapacidad aprendida	65
Síndrome de Glissement	66
Bipolaridad y vejez	67 - 75
Manía	70
Diagnóstico diferencial bipolaridad	71
Metodología diagnóstica	76
Neuroimágenes	77
Ánálisis de laboratorio	78
Evaluación cardiovascular	79
Evaluación neurocognitiva	80 - 81
Errores diagnósticos	82 - 85
Apatía / depresión	84
Depresión geriátrica neurociencias	85
Disfunción amigdalar, frontoestriatal, hipocampal	86 - 99
Tesis doctoral	100
Terapéutica, abordajes interdisciplinarios	101 - 102
Psicofármacos, criterios Beers, Stoop - Start, dosis, indicaciones riesgos, potenciaciones	103 - 118
Psicoterapias individual, grupal, familiar, abordajes combinados	119 - 123
Transcranial Magnetic Stimulation	124
Gerontopsicomotricidad	125 - 126
Arteterapia	127
Olfacción	128
Snoezelen	129
Prevención	130
Centro de día	131
Caso clínico	132 - 142

Prefacio

En 1996, en Ginebra se emitió un documento que es la Declaración de Consenso sobre la atención psiquiátrica a personas de edad avanzada, producido conjuntamente por la OMS y por la sección de psiquiatría geriátrica de la asociación mundial de psiquiatría con la colaboración de varias ONGs pertinentes y la participación de expertos procedentes de países de distintas regiones de la OMS.

Este expresa que “La psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinaria a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces “psiquiatría geriátrica”, “psiquiatría de la vejez”, o “psicogeriatría”.

Su campo de acción es la atención psiquiátrica a personas en edad de jubilación y por encima de ésta. Muchos servicios fijan una edad “de corte” a los 65, pero esta puede variar según los países y las prácticas locales: varios servicios especializados contemplan la ayuda a personas más jóvenes con demencia. La especialidad se caracteriza por su orientación comunitaria y su aproximación multidisciplinaria a la evaluación, diagnóstico y tratamiento. La especialidad se ocupa del amplio abanico de enfermedades mentales y sus consecuencias, especialmente los trastornos afectivos y de ansiedad, las demencias, las psicosis de la vejez y el abuso de substancias. Además, la especialidad ha de ocuparse de ancianos que hayan desarrollado enfermedades mentales crónicas en una edad más temprana. De todos modos, las patologías psiquiátricas en la edad avanzada suelen coexistir con dolencias físicas, y presentan muchas posibilidades de verse complicadas por problemas sociales. Los ancianos pueden también presentar más de un diagnóstico psiquiátrico.

Los factores arriba mencionados, junto con los cambios biológicos, sociales y culturales asociados al envejecimiento, pueden alterar significativamente la presentación clínica de las enfermedades mentales en la edad avanzada. Los sistemas actuales de diagnóstico (ICD-10, DSM-IV, etc.) no tienen demasiado en cuenta todos estos factores.”

El objetivo de esta obra ha sido trabajar en esquemas las patologías más frecuentes en la consulta psico-geriátrica.

En este volumen, la depresión, subdiagnosticada y subtratada por su presentación particular en esta etapa de la vida.

Se desarrolla el momento de su comienzo, sus características, presentación por género, etiología, prevalencia, incidencia, clasificaciones, diagnóstico, diagnóstico diferencial, neurobiología y terapéutica farmacológica psicoterapéutica y corporal desde la interdisciplina, y el *delirium* finalizando con el aporte de un caso clínico por la geriatra mexicana Dra. Zoila Trujillo de los Santos.

¿Por qué en esquemas? Un esquema es una representación gráfica y visual que ayuda en la memorización y cognición.

Es una organización estructural de la información que marca los aspectos importantes de un texto, localizando las fuentes cognoscitivas.

Esta modalidad de abordaje acerca de la depresión en la vejez está orientada a ser un material de consulta rápida en particular para los jóvenes profesionales en su práctica cotidiana.

Dra. Alicia B Kabanchik

Agradecimientos

A la Prof. Dra. Haydee Andrés quien me guió en el inicio de la especialidad, al Dr. Jaime Pecheny por su disposición a escuchar y aportar su saber. Al Prof. Luis M Zieher por su generosidad en la transmisión de sus conocimientos.

A mi esposo por su permanente afecto y colaboración.

Dedico este trabajo a mi familia, colegas y estudiantes.

Depresión



2020



La palabra **depresión** proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (**abatido o derribado**).



Síndrome que afecta principalmente a la esfera afectiva. Aunque ese es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Se incluye en la sección trastornos del estado de ánimo DSM V ICD 10.

La depresión afecta a nivel mundial al 7 % de los adultos mayores OMS 11/10/13



La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.

En 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo desarrollado tras de enfermedad cardíaca isquémica y para el 2030 será la principal responsable de la carga de enfermedad 9/10/12 OMS

Envejecimiento

OMS 2012

El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050.



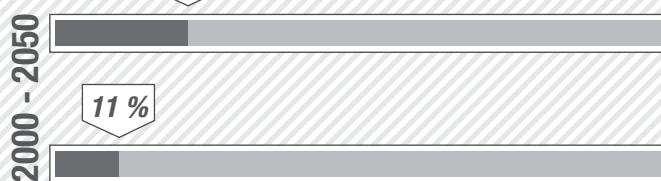
No tiene precedentes, es un proceso sin parangón en la historia de la humanidad.



Es indicadora de la mejora de la salud en el mundo



Tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana.



Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 % al 22 %. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. OMS envejecimiento y ciclo de vida.



Características de la depresión en la vejez



La presentación de la depresión en el adulto mayor es atípica.



Frecuentemente es subtratada o sobretratada con efectos secundarios adversos.



La persona puede creer que un estado depresivo es de curso normal en la vida de las personas mayores.



Muy a menudo la depresión en el adulto mayor presenta comorbilidad con enfermedades orgánicas (que cubren y enmascaran los síntomas depresivos).

A menudo, los síntomas de ansiedad están presentes.

Presentan mayor frecuencia de admisión al hospital, o mortalidad, o tendencias suicidas.

Es necesario hacer diagnóstico diferencial.

Vejez no es sinónimo de enfermedad.

Seminar: Depression in the elderly

Lancet 365(9475):1961-1970, Jun 2005

Alexopoulos G.



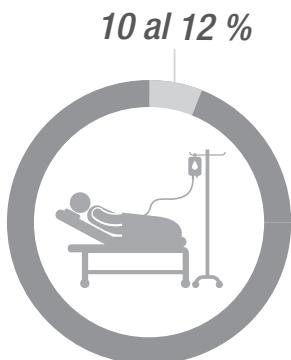
Del 1% al 4% de la población de edad avanzada presenta depresión mayor incidencia 0.15 % por año.



La prevalencia y la incidencia se duplican luego de los 70 a 85 años.



Se incrementa el número de personas con trastorno bipolar.



Del 10 % al 12 % de los pacientes internados presentan depresión mayor, en atención ambulatoria es del 6 % al 9 %.



La depresión menor tiene una prevalencia del 4 % al 13 %.

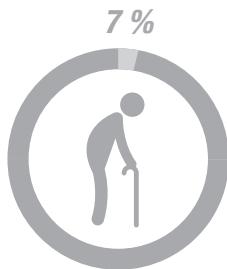


La prevalencia del trastorno distímico es de alrededor del 2 % en las personas mayores.



La salud de los adultos mayores OMS.

Nota descriptiva Nº381 sep. 2013



Afecta a un 7 % de la población de ancianos en general.

Representa un 1,6 % de la discapacidad total en adultos de 60 años de edad y mayores

La depresión no se diagnostica ni se trata como debiera.



Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como: enfermedades pulmonares, hipertensión arterial o diabetes.



Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, mayor utilización de los servicios médicos y costos.



De las depresiones en el adulto mayor

Clasificación

De inicio **tardío**

1er episodio a partir
de los 65 años.

Predomina la patología
orgánica.

De inicio **temprano**

Inicio anterior a
los 65 años.

Los pacientes que experimentan su primer episodio depresivo mayor en edad avanzada deben ser evaluados para descartar un subdiagnóstico neurológico u otro desorden médico que puede ser responsable de los síntomas depresivos-
APA 2013 Practice Guideline

Etiología

Probablemente, la depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Causas psicológicas



Pérdida de familiares o amigos

Síndrome del nido vacío

Dificultad en la aceptación del proceso de envejecimiento

Pérdida de la independencia

Causas físicas



Tiroideos paratiroides

Parkinson y otras enf. neurológicas

ACV

Enf. cardiovascular

Tumores

Enf. sistémica,

Infecciosas HIV

Sífilis

Déficit vit B12

Fólico Vit D

Psychiatr Hung. 2009;24(3):16674 [Characteristics of depression in the elderly.] Gonda X, Molnár E, Torzsa P, Rihmer Z.

*Psychiatr Danub. 2010 ;22 Suppl 1:S124.5
Old age depression and its treatment .Maierà E.*

Psychiatr Clin North Am. 2013 Dec;36(4):497-516.

What are the causes of late-life depression?

Aziz R1, Steffens DC.

La depresión en la edad tardía se ha asociado:



Sus causas son multifactoriales

Factores biológicos

Factores sociales

Factores psicológicos

Los adultos mayores parecen estar en mayor riesgo de depresión mayor biológica, por ej.; la depresión resultante de los cambios vasculares.

Origins of depression in later life.

Blazer DG 2nd, Hybels C F.

Psychol Med. 2005. Sep;35(9):1241-52.

Un enfoque biopsicosocial para evaluar los orígenes de la depresión del final de la vida es heuristicamente valioso.

La teoría de la selectividad socio-emocional y la sabiduría, actúan como factores protectores psicológicos de la depresión en la vejez.

El abuso infantil está fuertemente relacionado con la depresión del final de la vida y sus comorbilidades Childhood abuse in late-life depression Comijs, H.C.; van Exel, E.; van der Mast, R.C.; Paauw, A.; Oude Voshaar, R.; Stek, M.L. Vol. 147 Nr. 1-3 Pp: 241 /2013.

Carstensen L.L. (1993). *Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity*. In J.E. Jacobs (Ed.) *Nebraska symposium on motivation: 1992, Developmental Perspectives on Motivation*, Vol. 40, (pp. 209–254). Lincoln: University of Nebraska Press.

Factores de riesgo



Factores de riesgo en edad avanzada



Leves síntomas depresivos, historia de accidente cerebrovascular o hipertensión parecen ser factores de riesgo importantes para los trastornos depresivos a una edad muy avanzada.



Leves síntomas depresivos



Mayor riesgo de hipertensión



Historia de accidente cerebrovascular

Estudio de cohorte poblacional en personas de ≥ 85 años ($n = 567$), con 5 años entre la base y seguimiento

*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Oct
Risk factors for depressive disorders in very old age a population-based cohort
study with a 5-year follow-up.
Petersson S, Mathillas J, Wallin K, Olofsson B, Allard P, Gustafson*

Fragilidad y depresión

Estado clínico reconocible de mayor vulnerabilidad resultante de la disminución de la reserva asociada al envejecimiento de los múltiples sistemas fisiológicos que comprenden la capacidad de hacer frente a los estresores cotidianos.

Mayor riesgo de mortalidad o discapacidad.

Vulnerabilidad mental



Vulnerabilidad física



La fragilidad se asocia con un mayor riesgo de síndrome depresivo.

Hay una considerable superposición de síntomas depresivos con síntomas de fragilidad.

Ambos síndromes indican un mayor riesgo de morbilidad somática subsiguiente, empeoramiento, deterioro funcional de la depresión, admisión a un hogar de ancianos y mortalidad.

Deben abordarse en un enfoque interdisciplinario.

Depression in frail geriatric patients .Diagnostics and treatment .Z.

Kopf D, Hummel J .Gerontol.Geriatr.2013.Feb;46(2):127-33

Am J Geriatr Psychiatry. 2013 Jun;21(6):560-9. Are depression and frailty overlapping syndromes in mid- and late-life? A latent variable analysis.
Mezuk B, Lohman M, Dumenci L, Lapane KL.



Diagnóstico

La vejez es heterogénea

Las formas clínicas de la depresión en la vejez
son diferentes a las del adulto y no están con-
templadas en el DSM IV ni en el CIE-10.

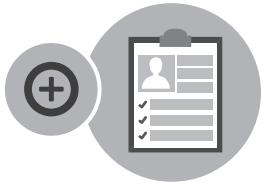
Conduce al:



Subdiagnóstico



Sobrediagnóstico



Pensar que es natural de la edad que el adulto mayor esté deprimido



Vejez no es sinónimo de enfermedad

Las causas son multifactoriales

La sintomatología de la depresión en la vejez es atípica

La etiología y las respuestas terapéuticas son heterogéneas

La depresión es una enfermedad y como tal, debe ser diagnosticada y tratada



Es frecuente que una patología clínica detone un cuadro depresivo reactivo

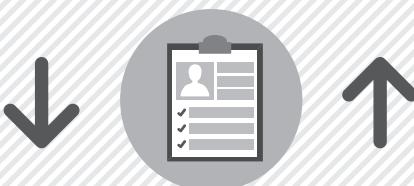


Una depresión sin tratamiento puede cronificarse produciendo incapacidad, comorbilidad, física o finalizar en suicidio.



Duelo

Deterioro cognitivo



DIAGNÓSTICO

A pesar de recientes acontecimientos clínicos y científicos en el campo psicogeriátrico, la depresión en la vejez sigue siendo subdiagnosticada y subtratada.

Los síntomas depresivos son frecuentes en las personas mayores



El impacto sobre los pacientes, sus familias y la sociedad son muy importantes



Se asocia frecuentemente con enfermedades somáticas, alcoholismo, trastornos de personalidad, ansiedad y un significativo riesgo de suicidio.

*Biol Psychiatry. 2002 Aug 1;52(3):236-42. Comorbid psychiatric disorders in late life depression.
Devanand DP.*

*Rev Med Liege. 2012 Nov;67(11):566-72.
Clinical and therapeutical approach of depression in old age.
Pitchot W, Scantamburlo G, Ansseau M.*

Síntomas diferenciales

Enlentecimiento
psicomotor



Trastornos
somáticos



Quejas
mnésicas



Insomnio



Artrosis

Dispepsia

Olvidos benignos

Dolor

Depresión

Ca colon

Depresión

Disuria

Enfermedad
de Parkinson

Constipación

Demencia

Ansiedad

Equivalentes
somáticos

Depresión

**Geriatric Mental Health Foundation 2013
American Association for Geriatric Psychiatry**

Un signo importante de depresión es el alejamiento de la persona de sus actividades sociales regulares.

En lugar de explicar sus síntomas como una enfermedad médica, a menudo las personas deprimidas dan explicaciones diferentes tales como:
"Es porque tengo demasiados problemas",
"No me siento bien" o "No tengo energía."

Por las mismas razones, frecuentemente, descuidan su apariencia personal o comienzan a comer menos.

Como muchas otras enfermedades, hay varios niveles y clases de depresión.

Una persona puede no sentirse "triste" por algo, pero puede mostrar síntomas tales como, dificultad para dormir, pérdida de peso o dolor físico, sin ninguna explicación aparente. Esta persona puede estar clínicamente deprimida.

Esos mismos síntomas pueden ser señal de otro problema y solo su médico/a puede hacer el diagnóstico correcto.



Con frecuencia los síntomas coexistentes del trastorno depresivo mayor, como el cansancio o el dolor pueden asemejarse a los síntomas de una condición médica general.

El dolor en los adultos mayores, especialmente de fuentes ortopédicas, puede contribuir significativamente a la presencia de la depresión en esta población.

Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH: *Multiple pain complaints in patients with major depressive disorder. Psychosom Med 2009; 71:159–162 [G]*

Rev Prat. 2008 Feb 29;58(4):389-93.[Depression in elderly].

Thomas P. Hazif-Thomas C.

REM sleep and depressive symptoms in a population-based study
of middle-aged and elderly persons.

Luik AI, Zuurbier LA, Whitmore H, Hofman A, Tiemeier H.

489 participantes en el estudio de Rotterdam. Evaluaron la latencia del sueño de movimientos oculares rápidos, la duración del sueño de los movimientos oculares rápidos, la densidad de movimientos oculares rápidos con polisomnografía ambulante y los síntomas de sueño por el uso de medicación.

Movimientos oculares rápidos ($B = 0.002, P = 0.025$) y mayor densidad de movimientos oculares rápidos ($B = 0.015, P = 0.046$) estaban relacionadas con los síntomas depresivos después del ajuste de edad y sexo.

Cuando se excluyeron las personas que utilizaban medicamentos para dormir o para el sistema nervioso ($n = 124$), solamente la densidad de los movimientos oculares rápidos permanecía relacionada con síntomas depresivos ($B = 0.018, P = 0.027$).

Estos resultados sugieren que la densidad de los movimientos rápidos de los ojos es un marcador de síntomas depresivos en la población general, y que las asociaciones de movimiento ocular rápido del sueño con síntomas depresivos son modificados por el uso de medicación.

© 2015 Sociedad Europea de Investigación del Sueño.



Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? Biol Psychiatry 55:1-9.
2004 Brown ES, Varghese FPMc Ewen BS

Síndrome
Neurovegetativo



Mayor riesgo de
hipertensión



Hipercortisolemia



Similitud entre
las enfermedades médicas
con la depresión geriátrica



Mayor riesgo de
diabetes tipo II



Incremento del tejido
adiposo abdominal



Disminución de la
densidad ósea





Duelo normal

Proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida acompañada de compromiso físico, cognitivo y conductual.

5 ETAPAS

- 1** Fase de negación. Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida.
- 2** Fase de enojo, indiferencia o ira. Se buscan razones causales y culpabilidad.
- 3** Fase de negociación. Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida.
- 4** Fase de dolor emocional. Se experimenta tristeza por la pérdida.
- 5** Fase de aceptación. Se asume que la pérdida es inevitable.

Duelo complicado o patológico:

Presencia de síntomas relacionados con el duelo en un tiempo superior al que se considera adaptativo, algunos autores consideran que es entre 4 a 6 meses, otros desde un año a un año y medio.

DSM V

el duelo no excluye el diagnóstico de depresión

Trastornos del estado de ánimo

- Melancolía / Trastorno de depresión mayor con características melancólicas.
- Melancolía involutiva.
- Depresión reactiva / Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo / mixto.
- Depresiones asociadas a enfermedades psiquiátricas.
- Depresiones asociadas a enfermedades médicas / Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Depresión vascular.
- Depresiones asociadas a polifarmacia / Trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento.
- Depresión enmascarada.
- Depresión hostil.
- Trastorno cognitivo asociado a depresión / Pseudodemencia.
- Depresión esencial.
- Depresión por incapacidad aprendida.
- Distimia. Trastorno depresivo persistente.
- Bipolaridad de inicio tardío / Trastorno bipolar.

MELANCOLÍA

Trastorno de depresión mayor con características melancólicas
(DSM V)

SÍNTOMAS



- Tristeza profunda
Verdadero dolor moral
- Desencadenamiento espontáneo
- Anhedonia
- Pérdida de energía
- Desaliñado, falta de higiene
- Bradipsíquico
- Trastornos del sueño despertar temprano
- Agitación /inhibición
- Trastornos del apetito
- Ideas delirantes de culpa y autorreproches
- Síntomas cognitivos
- Quejas somáticas
- Riesgo suicida
- Empeoramiento matinal



MELANCOLÍA

Clasificación

Propiamente
dicha

Agitada*

Estuporosa

Delirante

A mayor agitación
mayor riesgo de
suicidio

Compromiso del
estado general

Ideas de ruina y
culpa

Al ceder la inhibición
motriz

Delirio de negación
de cuerpo /órganos
delirio de cotard

En momentos de
mejoría aparente

Delirios
Hipocondríacos

*Depresión agitada: emerge como un síndrome distinto afectivo con pérdida de peso, locuacidad, aceleración del pensamiento e ideas suicidas. Es mejor considerada como "pseudo unipolar". Estos hallazgos generales de acuerdo con conceptos clásicos alemanes consideran a la depresión agitada como un estado mixto, dado que estos pacientes se activan a lo largo de las líneas de comportamiento de riesgo.

J Affect Disord. 2005 Apr;85(3):245-. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z.

Duodecim. 2011;127(4):390-6 Severe and psychotic depression in an elderly person. Huuhka K, Leinonen E.

Curr Psychiatry REP 2009 Jun; 3:197-202. Cotard's syndrome: a review Debruyne H, Portzky M, Van den Eynde F, K Audenaert

J Neurosci Rural Pract. 2014
Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review
of literature.
"Grover S, Aneja J, Mahajan S,
"Varma S.

El síndrome de Cotard, también llamado delirio de negación o delirio nihilista, es una enfermedad mental relacionada con la hipocondría. El afectado cree estar muerto, estar sufriendo la putrefacción de los órganos o simplemente no existir. Aunque es un delirio típico de las depresiones más graves (psicóticas o delirantes) se puede ver en otras enfermedades mentales severas

El suicidio en la edad avanzada es un problema mundial de la salud pública.

Los mayores de 65 años constituyen el grupo demográfico con la tasa de suicidios más alta en la mayoría de los países.

Organización Mundial de la Salud Prevención del Suicidio (SUPRE)2011



Conwell Y., van Orden K., Caine ED
Suicide in older adults.
Psychiatr. Clin. N. Am. 2011; 34
:451–468

Utiliza
métodos eficaces.

Altamente letal.

Con frecuencia lo
consume.

+ 65 AÑOS

Los métodos más frecuentemente utilizados por el hombre son las armas de fuego, el ahorcamiento y el salto al vacío (85 %), el índice de suicidios en los hombres es 4 veces mayor que en las mujeres.



Las mujeres utilizan el envenenamiento, la sobredosis de droga, la precipitación al vacío.





Valoración del riesgo suicida



La entrevista clínica
es el elemento fundamental en la valoración del
riesgo de suicidio.

Es un error pensar que no debemos ser intrusivos, para
no herirle o para no «inducir ideas» que no tenía.

Las "comunicaciones indirectas" de los deseos de
concretar suicidio pueden estar manifestadas por:

La necesidad de poner los asuntos
familiares en orden o el interés por
despedirse de amigos o familiares con los
cuales hace tiempo que no se ve.

No es infrecuente "la despedida" al
médico de cabecera, en forma de
reconocimiento y gratitud, en la última
consulta previa al intento.

*Guía práctica para la evaluación del riesgo de suicidio en la vejez.
PÉREZ, Sergio (2004). Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano.
Publicado por RLG el 06 de noviembre de 2004.
<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php>.*



Guidelines
Pacientes con ideación suicida
2003. APA



Identificar los síntomas y
signos que incrementan
el riesgo suicida

Desesperanza y
agitación

Anhedonia,
insomnio global,
y ataques de
pánico

Ansiedad
psíquica

Agresión,
violencia hacia
los demás,
impulsividad

Psicosis
depresión

Scale for Suicidal Ideation, Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979) Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Development of suicidal intent scale Beck AT, Resnick HLP ,Lettieri DJ eds .The prediction of suicide Bowie Charles Press 1974,45-56 .

Las escalas de evaluación del riesgo de suicidio pueden utilizarse para complementar la evaluación, pero nunca sustituyendo a una evaluación clínica exhaustiva. (APA 2006)

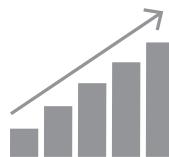


Melancolía involutiva

Kraepelin 1899



Estado depresivo que se produce durante el climaterio en los últimos años de la edad adulta.



El proceso comienza gradualmente y se caracteriza por:

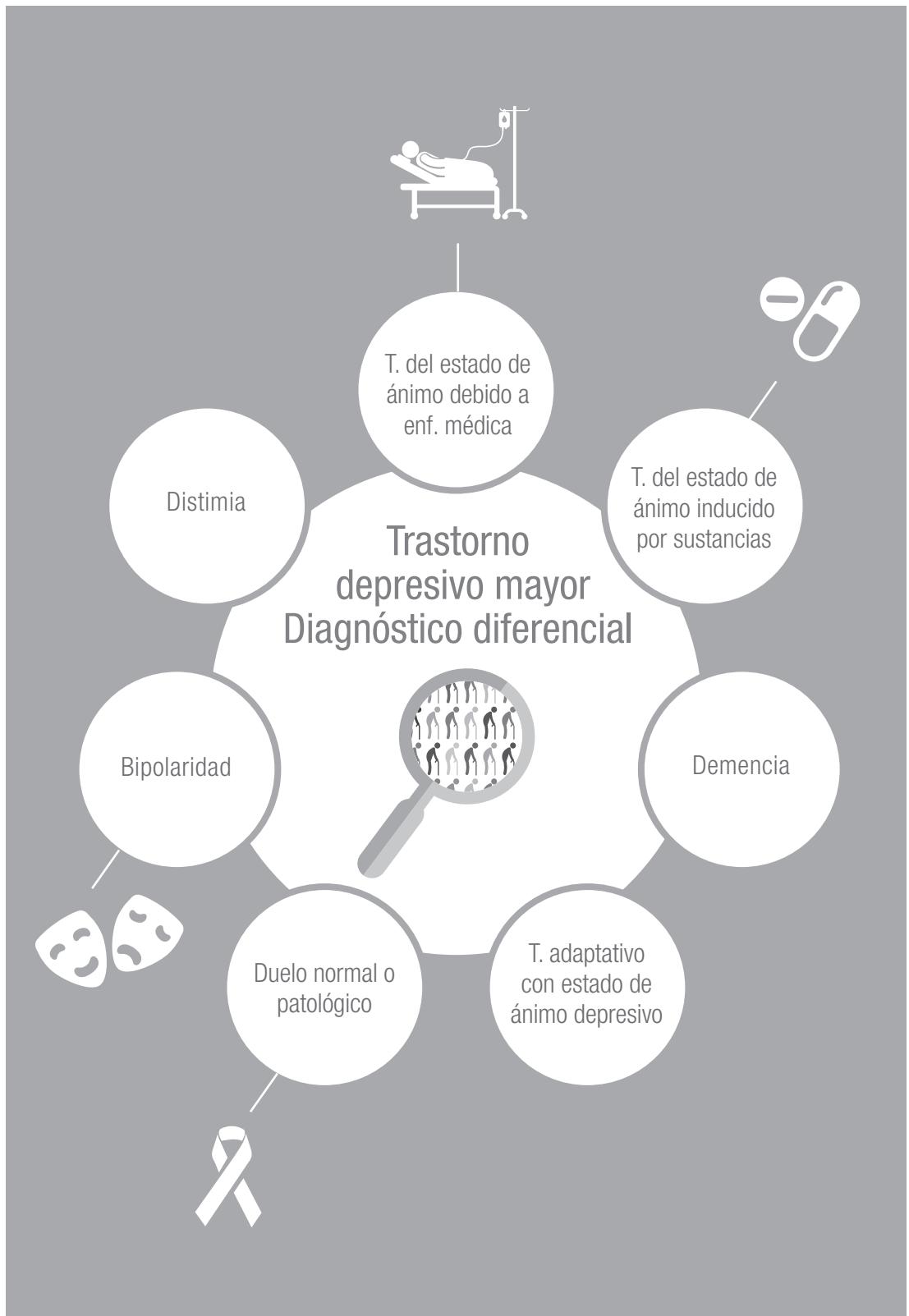
- Pesimismo
- Irritabilidad
- Insomnio
- Pérdida del apetito
- Sentimientos de ansiedad
- Aumento de la actividad motora, desde inquietud hasta agitación extrema
- Ideas de suicidio



(endoreactiva)
Factores biológicos y psicológicos.

A study on involutional melancholia. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2009;111(4):373-87Kocha H, Furuno T.

En 1896, Kraepelin describió la melancolía de la involución como una única entidad clínica separada de la psicosis maníaco-depresiva, debido a la alta incidencia de depresión en el período involutivo. Síntomas: ansiedad básica (Schneider K), pensamiento autista específico (Kranz H), falta de discernimiento, disimulación y graves pensamientos suicidas. Los pacientes temen que su juicio más íntimo será revelado. Este estudio propone la reevaluación imprescindible de la melancolía involutiva para el actual campo de la psiquiatría clínica.



Depresión reactiva

Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo / mixto.



La depresión reactiva es una respuesta desadaptativa del organismo frente a un estresor.

En la vejez hay múltiples estresores, jubilación, pérdidas del cónyuge, de pares, síndrome de nido vacío, discapacidades, etc.



Los trastornos adaptativos se caracterizan por la aparición de síntomas depresivos o ansiosos en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, etc.

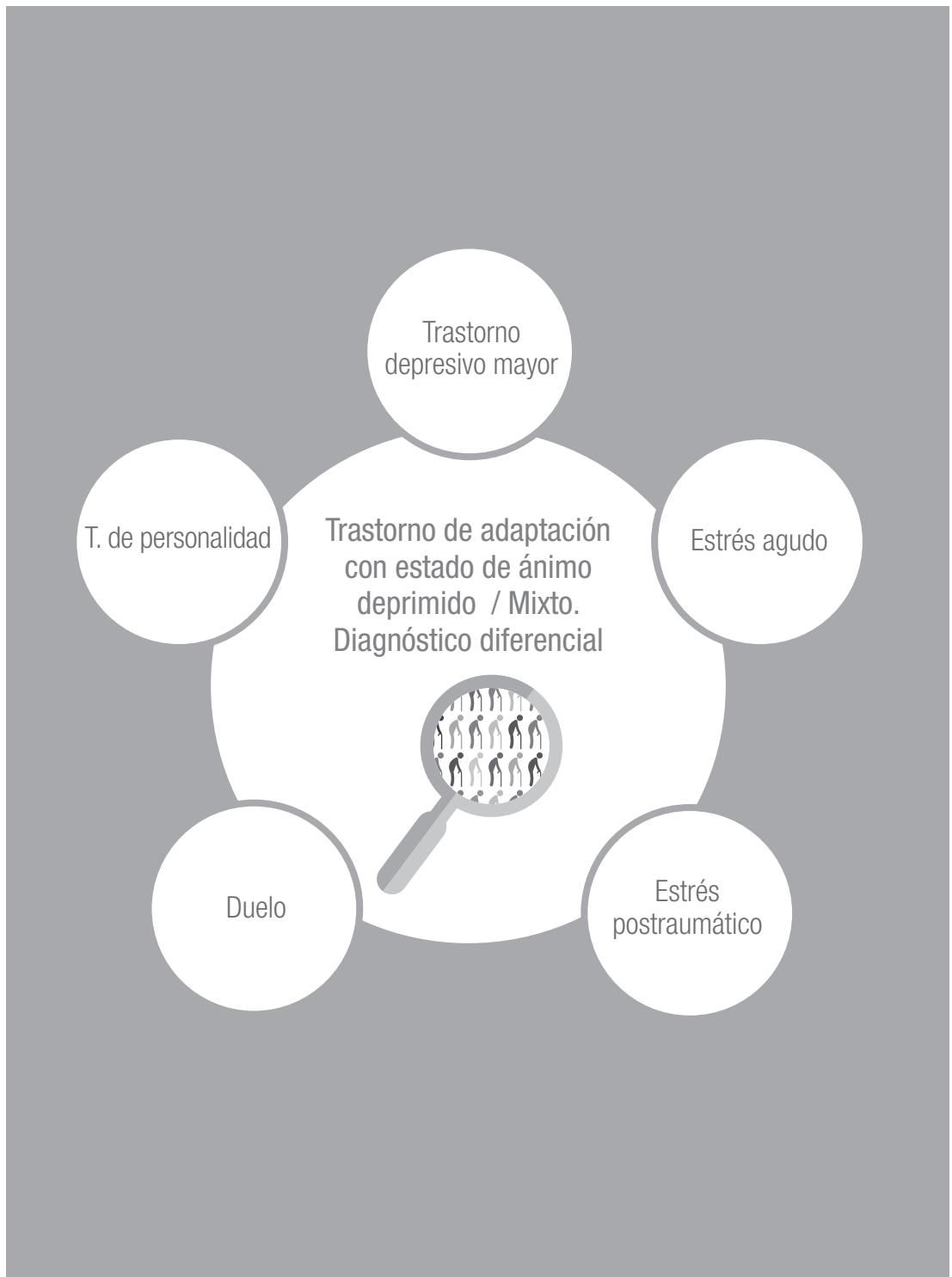
Estos síntomas depresivos y de ansiedad aparecen durante los 3 primeros meses siguientes al inicio del factor estresante. Es por ello que los trastornos adaptativos también se llaman “reactivos”.

Síntomas

Desesperanza, tristeza, llanto, labilidad emocional, preocupación excesiva, ansiedad, agresividad, timidez excesiva, insomnio medio, agitación, palpitaciones, cefaleas, trastornos gastrointestinales.



Empeoramiento al caer el sol de la tristeza y ansiedad, despertar alrededor de las 3 de la mañana, dar vueltas y retoman el sueño.



Compr Psychiatry. 2008 Mar-Apr;49(2):113-20. 21. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, Krüsi G, Hörler E, Maier C, Ehlert U.

Muestra representativa de las personas mayores de Zurich, de 65 a 96 años
AJD índice de prevalencia 52 %

2,3 %, prevalencia para otros desórdenes eran:

TEP 0,7 %,

TEPT subsindrómico 4,2 %,

Duelo complicado 4,2 %,

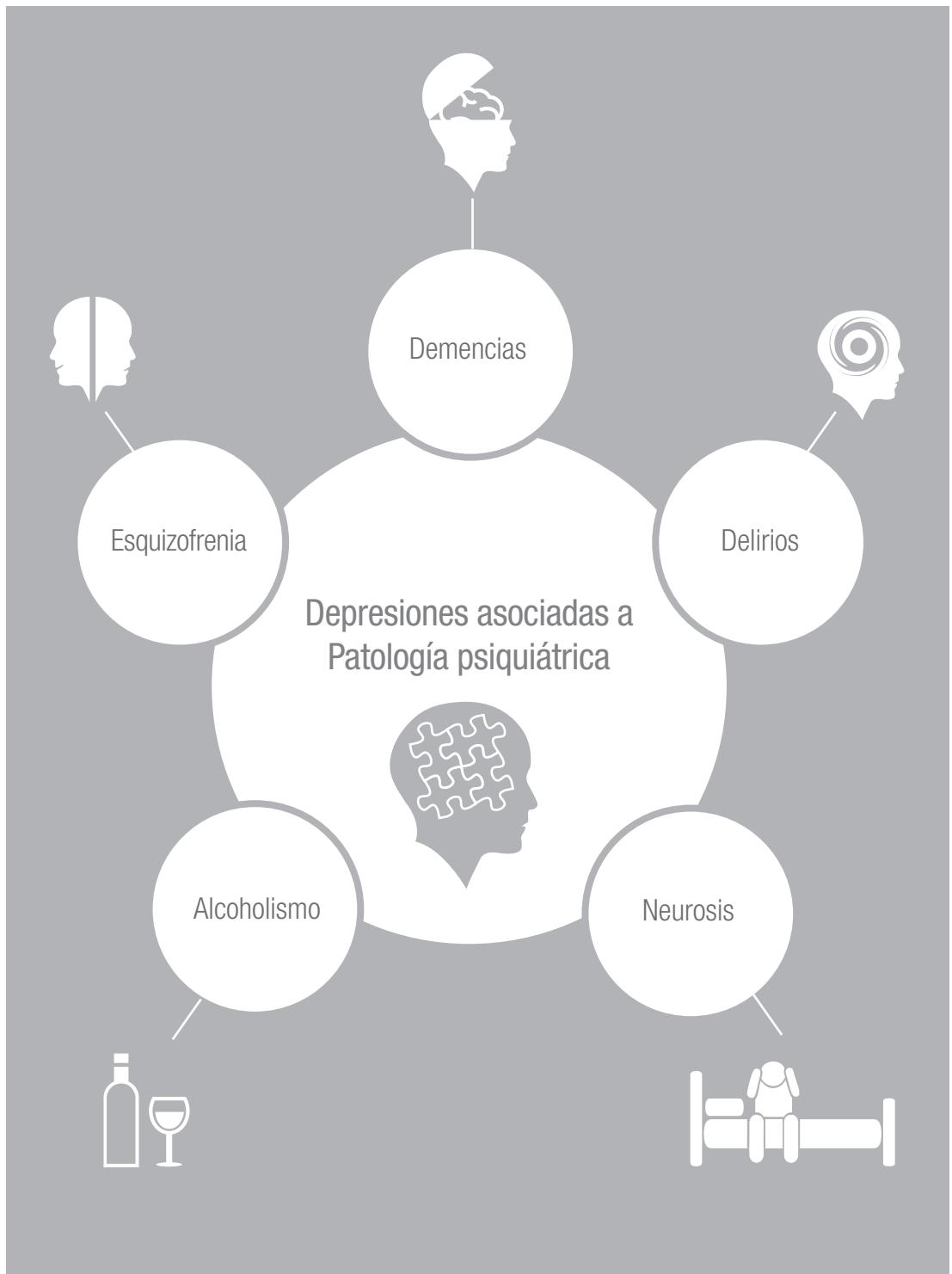
Trastorno depresivo mayor 2,3 %, depresión subsindrómica 9,3 %, comorbilidad de AJD y otro diagnóstico fue 46 %, y entre los trastornos AJD y depresión subsindrómica 38 %.



Soc. Psychiatry Epidemiol. 2012 Nov; 47 (11): 1745-52. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, L Spangenberg, Brähler E, Glaesmer



Se estimaron las tasas de prevalencia de eventos de vida estresantes y AJD de una muestra representativa de la población alemana ($n = 2.512$) edad (14-93 años). La prevalencia de AJD cumpliendo el criterio de un deterioro clínicamente significativo fue del 0,9 %; un 1,4 % fue diagnosticado con AJD sin cumplir el criterio de deterioro. AJD fue más a menudo posible asociado con actores estresantes crónicos

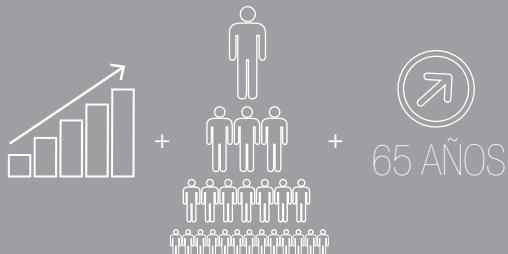


Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity.

Depress Anxiety. 2013 Jun;30(6):528-37. Chou KL, et al.



Analizaron datos de 8.205 personas de 65 años o más de la encuesta epidemiológica nacional sobre el alcohol y condiciones relacionadas (2001-2002).



Las tasas de prevalencia de trastorno depresivo mayor (MDD) fueron:
mujeres 3,6 % hombres 2,0 %.



Viudos 4,9 %

Separados / divorciados 3,5 %

Casados 1,85 %

Edad de inicio promedio:



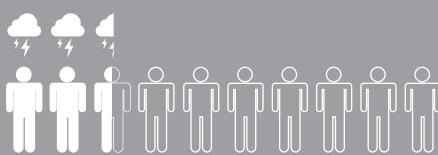
Solo la mitad de los adultos mayores con MDD había recibido tratamiento.



Nº de episodios promedio:



Una cuarta parte había pensado en el suicidio.



Ludopatía, trastorno de ansiedad y dependencia de sustancias se asociaron altamente a MDD.





Depresiones asociadas a polifarmacia

- Beta - bloqueantes.
- Ciproheptadina
- Algunos psicofármacos
- Antihipertensivos
- Corticoides
- Hormonas
- Antineoplásicos
- Levodopa
- Cimetidina
- Antiinflamatorios

La evaluación clínica debe incluir una revisión sistemática de medicamentos del paciente. Algunos medicamentos pueden inducir síntomas depresivos (ej. beta-bloqueantes), aunque ellos simplemente pueden estar produciendo fatiga y letargo que imitan a la depresión (el psiquiatra debe evaluar cuidadosamente si un determinado medicamento contribuye a los síntomas depresivos).

Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM: Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. JAMA 2002; 288:351–357

Int J Epidemiol. 2013 Oct 24. [Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. Wu LT, Blazer DG]

Debido al uso de sustancias desde edades tempranas que puedan continuar en etapas posteriores de la vida los adultos mayores están en situación de riesgo.

Entre la comunidad de adultos no institucionalizada de 50 y + años, aproximadamente el 60 % usaron alcohol, 3 % drogas ilícitas y 1-2 % medicamentos no recetados.



Entre los adultos mayores de 50 años, alrededor del 5 % de los hombres y el 1.4 % de las mujeres tenían un año de abuso de alcohol.



Entre los consumidores de alcohol, aproximadamente 1 de cada 14 usuarios de 50 a 64 años de edad tenía un trastorno por abuso de alcohol vs 1 de cada 30 usuarios mayores de 65 años.



Entre los usuarios de drogas de años 50 y más, 10-12 % consumía un fármaco.

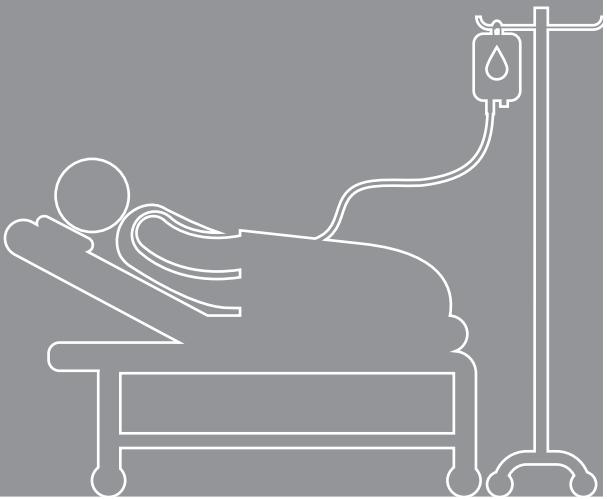


Los trastornos depresivos, de ansiedad y por uso de sustancias estaban entre los trastornos psiquiátricos comunes entre los adultos mayores.



EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y LAS ENFERMEDADES MÉDICAS GENERALES FRECUENTEMENTE COEXISTEN, ESPECIALMENTE EN PACIENTES ANCIANOS.

DEPRESIONES ASSOCIADAS A ENFERMEDADES MEDICAS



- Djernes JK: Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:372–387 .

- Krishnan KR, Delong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, McDonald W, Dew M, Alexopoulos G, Psychiatry 2002; 52:559–588 the elderly. *Biol Psychiatry* 2002; 52:559–588 .

- Buckwalter K, Cohen PD, Evans D, Kaufmann PG, Olin J, Otey E, Wainscott C: Comorbidity of depression with other medical diseases in medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*. 2002 Sep 15;52(6):559-88.

Depresiones asociadas a patología médica

- Cáncer de páncreas
- Cáncer de colon
- Cáncer renal
- Depresión vascular
- Enf. de Parkinson
- Lesiones del hemisferio izquierdo post- stroke.
- Demencias
- Pérdida de visión
- Pérdida de audición
- Hipotiroidismo
- Epoc
- Infecciones HIV
- Disfunción sexual
- Hiponatremia
- Fractura de cadera
- Déficit vit D3
- Déficits de ácido fólico y vit B12



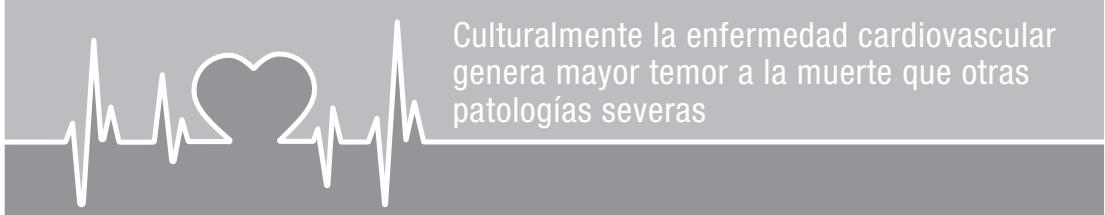
Mol Psychiatry. 2013 Sep;18(9):963-74.. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression.
Taylor WD¹, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS.

Arch Gen Psychiatry. 2012 Jul;69(7):680-9..
Magnetic resonance imaging in late-life depression: multimodal examination of network disruption.
"Sexton CE "Allan CL , ."Le Masurier M , "McDermott LM , /Kalu UG , "Mäurer M , "Bradley KM "Mackay CE , Ebmeier KP.

Interrupción de redes frontales-subcorticales y límbicas presume tener un papel clave en la depresión del final de la vida (LLD)*Later life depression* y puede ser examinada usando técnicas de resonancia magnética (MRI)

Treinta y seis LLD recuperados (edad media, 71,8 años) y 25 participantes de control (edad media, 71,8 años)

El presente trabajo apoya la hipótesis de que las anomalías de la sustancia blanca en las redes fronto-subcorticales límbico y juegan un papel clave en LLD, incluso en ausencia de cambios en el que descansa la conectividad funcional y la materia gris.



Culturalmente la enfermedad cardiovascular genera mayor temor a la muerte que otras patologías severas

Cardiovasc Psychiatry Neurol. 2013;2013:695925.

Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis.

Huffman JC Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL.



En los pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), la depresión es común, persistente, y se asocia con una peor calidad de vida, eventos cardíacos recurrentes y mortalidad.



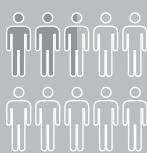
Factores fisiológicos y de comportamiento, disfunción endotelial, anomalías plaquetarias, inflamación, disfunción del sistema nervioso autónomo. La participación reducida en la salud promoviendo actividades pueden vincular la depresión con los resultados cardíacos adversos.



American Heart Association recomienda :
Monitoreo de la depresión de todos los pacientes cardíacos.



A pesar de la disponibilidad de utilizar herramientas de detección y tratamientos efectivos, la depresión es poco reconocida y es tratada con deficiencia en los pacientes con enfermedad cerebro vascular.



25 % o más de las personas con enfermedades cardiovasculares tienen trastorno depresivo mayor, aumentando la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad cardiovascular.

Carney RM, Freedland KE: Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry 2003; 54:241–247.

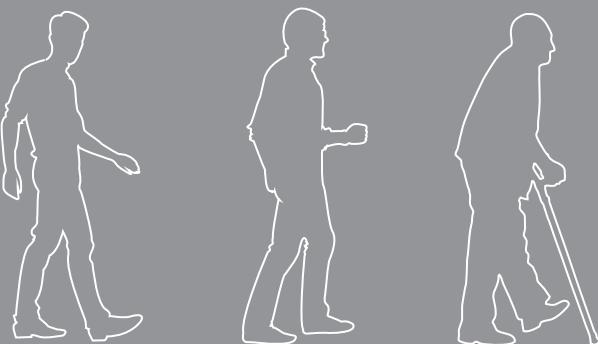


Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov;28(11):1166-74.
Preliminary analysis of age of illness onset effects
on symptom profiles in major depressive disorder.
Charlton RA, Lamar M, Ajilore O, Kumar A

Exploraron los síntomas depresivos y la cognición en 70 adultos
(30-89 años de edad) con trastorno depresivo mayor (MDD).

Los participantes fueron divididos en tres grupos en función de la
edad de inicio MDD: temprano (< 30 años), la mediana edad
(30-49.9 años) y tarde (> 50 años).

< 30 AÑOS 30-49.9 AÑOS > 50 AÑOS



Correlaciones entre los componentes del síntoma y dominios
cognoscitivos variaron por grupo de edad de inicio.

Este análisis preliminar muestra perfiles cognitivos y afectivos
exclusivos a la edad de inicio y común en la MDD

J Nutr Health Aging. 2013 Mar;17(3):231-4.

.Hypovitaminosis D in psychogeriatric inpatients

.Lapid MI, Drake MT, Geske JR, Mundis CB, Hegard TL, Kung S, Frye MA

● Pacientes psiquiátricos hospitalizados mayores de 65 años.

● 141 N (edad media, 77,8 años; 86 [61 %] mujeres.

● Los diagnósticos más frecuentes fueron:

● Trastorno depresivo mayor en 81 pacientes (57 %)

● Demencia en 38 (27 %) delirio en 13 (%) ansiedad en 12 (8.5 %) trastorno bipolar en 11 (8 %).

● La hipoavitaminosis D es común en los pacientes psico-geriátricos

Dominguez LJ, Bevilacqua M, Dibella G, Barbagallo M

Journal of the American Medical Directors Association 9:1 2008 Jan pg 9-17 Jour Diagnosing and managing thyroid disease in the nursinghome

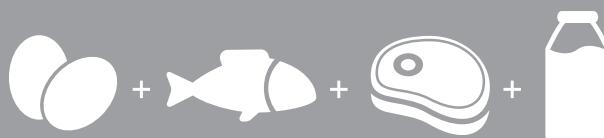
Es común que el **hipertiroidismo** y el **hipotiroidismo** tengan manifestaciones subclínicas que pueden ser malinterpretadas y atribuidas al envejecimiento normal, sobre todo si hay comorbilidades y efectos de medicamentos.

Ambas disfunciones pueden presentarse con los mismos síntomas, como debilidad, confusión, depresión, caídas, trastornos en la marcha, incontinencia por inmovilidad, insuficiencia cardiaca y modificaciones del ritmo intestinal, lo que dificulta el diagnóstico

En los ancianos, los problemas tiroideos tienen una importancia especial y es necesario comprender porqué ocurren con una frecuencia más que elevada y su modo de presentación es frecuentemente diferente del observado en los pacientes más jóvenes

El objetivo de esta investigación fue determinar si el tratamiento con vitaminas B reduce el riesgo de depresión del poststroke en comparación con el placebo.

Ensayo aleatorizado, doble ciego, controlados con placebo de tratamiento con ácido fólico diario(2 mg), vitamina B6 (25 mg) y vitamina B12 (0,5 mg) durante 1 a 10,5 años en sobrevivientes de accidente cerebrovascular.



273 personas completaron la evaluación final después de $7,1 \pm 2,1$ años (media \pm desviación estándar) de seguimiento.

El tratamiento a largo plazo de los sobrevivientes del poststroke con ácido fólico, B6 y B12 se asoció con una reducción en el riesgo de depresión mayor en esta población de pacientes.

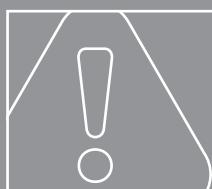
*Ann Neurol. 2010 Oct;68(4):503-10..
B-vitamins reduce the long-term risk of depression after stroke: The VITATOPS-DEP trial.
Almeida OP, Marsh K, Alfonso H, Flicker L, Davis TM, Hankey GJ*



Hiponatremia

"El carácter inespecífico de los síntomas de la hiponatremia (cansancio, alteraciones de la marcha, caídas, confusión) que se pueden atribuir a otras patologías como depresión o al propio envejecimiento, es uno de los motivos que explican la escasa detección del mismo".

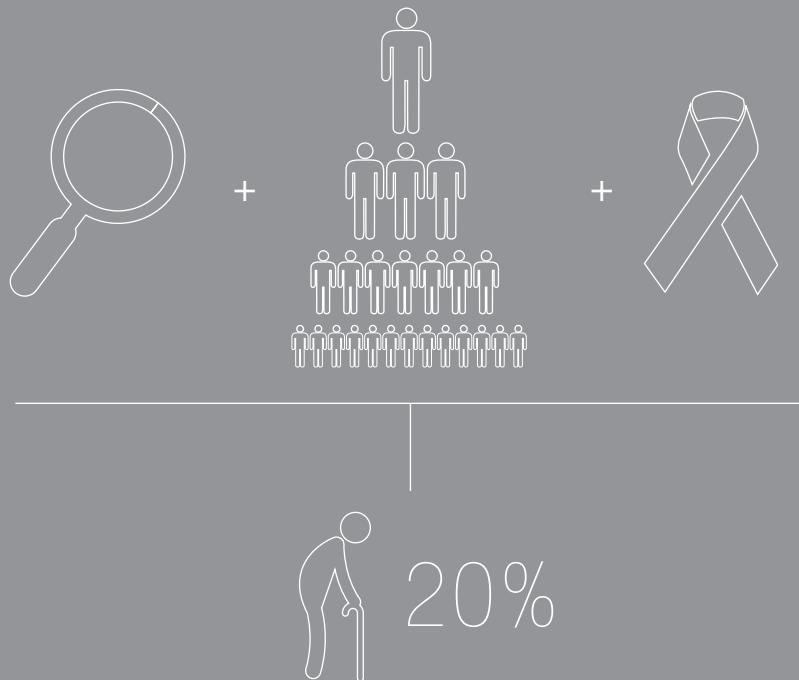
Señala el jefe del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario de Alicante, el doctor Antonio Picó.



Factores de riesgo

- Edad
- Temperaturas elevadas
- Uso de diuréticos
- Poca ingesta líquida
- Dieta hiposódica
- Deshidratación
- Irss
- Cbz,oxcarbazepina

Estudio transversal sobre los factores asociados con depresión mayor (MD) entre 72 individuos ancianos infectados por el HIV.



Veinte (27,7 %) pacientes tenían MD. El género femenino y el estado actual de fumar se asociaron de forma independiente con MD.



Se pone de relieve la necesidad de buscar y tratar DM entre los pacientes de edad avanzada con infección por HIV con atención.

Rev Soc Bras Med Trop. 2013 May-Jun;46(3):352-4. 1228-2013.Factors associated with a diagnosis of major depression among HIV-infected elderly patients.

Carmo Filho Ad¹, Fakoury MK, Eyer-Silva Wde A, Neves-Motta R, Kalil RS, Ferry FR



Masked depression in an octogenarian: case report T Ciarambino, N Ferrara ,M Giordano.Journal of the American Geriatrics Society Vol 58, Issue 2, pages 413–415, February 2010

Depresión enmascarada

En 1972, López Ibor al hablar de depresión enmascarada y equivalentes depresivos, los refiere como pertenecientes al círculo de la depresión endógena y hace un paralelo con la anosognosia de los neurólogos: en la depresión enmascarada habría una falta de reconocimiento de su bajo estado de ánimo.

En ancianos influirían además las transformaciones orgánicas e involutivas, hay disminución de la actividad metabólica en el cerebro, con reducción marcada del flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo oxidativo, en comparación con jóvenes deprimidos.

López Ibor estableció 4 grupos fundamentales de formas de presentación de depresión enmascarada o equivalentes depresivos:

①

Dolor y parestesias.

②

Trastornos
psicosomáticos.

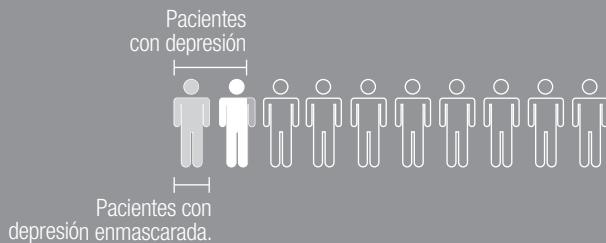
③

Vértigos agorafóbicos
y agorafobia.

④

Anorexia nerviosa
e histeria.

Entre el 10 -18 % de los pacientes que consultan al médico de cabecera tienen depresión y la mitad de ellos depresión enmascarada. (Kielhotz1973)



*Masked depression in an octogenarian: case reportt Ciarambino, N Ferrara -Journal of the American Geriatrics Society
Vol 58, Issue 2, pp 413–415, February 2010*

Un hombre de 84-años de edad experimentó varios episodios de sudoración nocturna y la hipotensión sin pérdida de conciencia durante los últimos 2 meses.



Fue admitido en el Departamento de Gerontología, Geriatría y Enfermedades Metabólicas en la Segunda Universidad de Nápoles (Nápoles, Italia).

Este episodio de sudoración nocturna y la hipotensión no se asoció con síntomas prodrómicos.

Cinco episodios similares ocurrieron durante los siguientes 10 días de hospitalización (principalmente en la noche)



Electrocardiograma y Holter de 24 horas no mostraron hallazgos patológicos



En el día 13, durante una evaluación cognitiva, la de 15 ítems de evaluación Escala de Depresión Geriátrica indicó síntomas depresivos (puntuación 7.15), y una entrevista psiquiátrica reveló la presencia de la depresión y el trastorno de ansiedad, probablemente debido a la pérdida de su esposa 3 meses antes.



El paciente fue tratado con citalopram 10 mg cada día of nocturnal. Durante las siguientes 3 semanas, mejoró la depresión, con resolución completa de la sudoración nocturna y los episodios de hipotensión.





Clin Interv Aging. 2013;8:635-40. The correlation between emotional distress and aging males' symptoms at a psychiatric outpatient clinic: sexual dysfunction as a distinguishing characteristic between andropause and anxiety/depression in aging men. Chen CY, Lee CP, Chen Y, Jiang JR, Chu CL, Chen CL

N: 166 La edad se correlacionó con menos ansiedad y más síntomas sexuales. La andropausia y los trastornos psiquiátricos se asocian con diversos síntomas de envejecimiento en los hombres y son parte del diagnóstico diferencial de la depresión y la ansiedad. Ansiedad y depresión se asociaron con síntomas más severos del envejecimiento, la depresión estaba asociada con síntomas más sexuales que la ansiedad.

La prevalencia de punto de la disfunción eréctil fue de 28,4 %, la edad y los síntomas afectivos se asociaron con el riesgo de disfunción eréctil.

La potencia sexual deteriorada debe levantar la suspicacia de la deficiencia androgénica en pacientes ambulatorios hombres de mediana edad o mayores.



Diagnóstico diferencial

Trastorno cognitivo
Asociado a depresión

Pseudodemencia

Los adultos mayores con depresión grave presentan alteraciones en la

Planificación

La memoria de reconocimiento

En la fluidez verbal

El mantenimiento y el cambio de la atención

BMJ Case Rep. 2012 Dec 14; Pseudodementia caused by severe depression. Tobe E

Hombre de 70 años con historia de trastorno depresivo mayor, en remisión por 3 años, presentada con confusión, agitación y trastorno cognitivo. El diagnóstico diferencial incluye depresión con pseudodemencia, demencia inducida por medicamentos o la enfermedad de Alzheimer.

Mejora cognitiva leve fue observada después de la discontinuación de la simvastatina.

Después de 9 meses de tratamiento para la depresión, el paciente mantenía la remisión que fue sostenida por > 1 año, con leve dificultad residual recordando palabras de canciones.

El diagnóstico diferencial de la demencia incluye trastorno depresivo mayor y los eventos adversos de simvastatina.



Diagnóstico diferencial

Pseudodemencia depresiva o trastorno cognitivo asociado a depresión

Demencias

● Inicio en semanas, con cierta precisión	● Inicio lento, impreciso.
● Rápida progresión de los síntomas	● Curso lento progresivo
● Antecedentes de depresión	● Antecedentes depresivos menos frecuentes
● Tristeza implícita	● Quejas de tristeza
● Fuertes quejas de pérdidas cognitivas	● Pocas quejas por las pérdidas cognitivas
● Angustia ante el fracaso, tendencia a magnificarlo y búsqueda de ayuda	● Indiferencia al fracaso, con tendencia a minimizarlo y sin búsqueda de ayuda (oculta sus incapacidades)
● El paciente comunica un sentimiento de sufrimiento intenso.	● Parece no estar interesado o preocupado
● Remarca los fracasos	● Conducta compatible con el grado de deterioro
● La conducta es a menudo incongruente con la escasa gravedad del trastorno	● Mantenimiento relativo de habilidades sociales, sobre todo en los estadios iniciales
● Pérdida temprana de las relaciones sociales	● Responden algo aproximado o erróneo
● Mantenimiento relativo de habilidades sociales, sobre todo en los estadios iniciales	● Dificultades consistentes en la realización de tareas similares
● Respuestas típicas «no lo sé», «no puedo», «soy incapaz de»	● Conducta congruente con la disfunción cognitiva
● Marcada variabilidad al realizar tareas de similar dificultad	
● Conducta incongruente con la disfunción cognitiva	



Depresión esencial Escuela psicosomática de París

P Marty “La psicosomática del adulto” (Ed. Amorrortu, 1992)

La depresión esencial es desencadenada por sucesos traumáticos que producen una desorganización psíquica porque sobrepasan la posibilidad de elaboración, previamente se manifiestan angustias difusas.

Se encuentra en el origen de la desorganización somática

La depresión esencial describe un estado caracterizado por un descenso del tono libidinal

A diferencia de la melancolía, es una depresión

- Sin objeto,
- Sin autoreproches,
- Ni culpabilidad inconsciente

“la indudable desaparición de los sentimientos inconscientes de culpabilidad constituye uno de los principales signos de la depresión esencial.”

Se trata de una sintomatología depresiva definida por la falta:

“borramiento, en toda la escala de la dinámica mental (desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática y onírica.”

Gaceta Médica de Bilbao Vol 104, Issue 1, 2007, Pp 14–18 Criterios psicosomáticos de gravedad en oncología R Ruiz, A.A. Shelleck, I Usobiaga, J Muro, J Bilbao, R Franco¹

Distimia

Int Psychogeriatr. 2013 Oct 23:1-10.Dysthymic disorder in the elderly population.Devanand DP..

El diagnóstico de trastorno distímico fue creado en el DSM-III y mantenido en el DSM-IV para describir un síndrome depresivo de leve a moderada severidad de, al menos, dos años de duración que no cumplían con los criterios para trastorno depresivo mayor.

Trastorno distímico fue reemplazado en el DSM-V por el diagnóstico de "trastorno depresivo persistente" que incluye la depresión crónica y trastorno distímico.

La prevalencia del trastorno distímico es aproximadamente el 2 % de la población anciana.

Baja tasa de antecedentes familiares de trastornos del ánimo.

A menudo presentan factores estresantes como la pérdida de apoyo social y duelos, algunos tienen patologías cerebrovascular / neurodegenerativa.



Depresión

Por incapacidad aprendida

Adulto mayor que ha "aprendido" a comportarse pasivamente, con sensación subjetiva de no poder hacer nada y no responder a pesar de que existen oportunidades reales de cambiar la situación.

"Vos no podes,
ya estás viejo"

"No toques nada"

"Dejá, nosotros
lo hacemos"

Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness:
on Depression, Development, and Death.

San Francisco: W. H. Freeman

Trastornos Adictivos Vol 8, Issue 3, Sep 2006, Pp 168–175

Indefensión aprendida y dependencia de sustancias

A. Torres Jiméneza, , A. Robertb, A. Tejerob, T. Bogeta, J. Pérez de los Cobos

Síndrome de Glissement

Concepto geriátrico francés, es un estado grave de desestabilización física y psicológica, incluyendo anorexia, desnutrición, aislamiento y oposición.

Le syndrome de glissement NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie Vol 5, Issue 28, Sep 2005, Pp 44-49 M. Khater1, S. Richa2, , E. Stephan

No tiene etiología médica conocida y presenta síntomas psicológicos:

Se puede comparar con el "síndrome de falta de crecimiento" aunque es un concepto americano diferente .

Es una condición general la descompensación rápida tras una enfermedad aguda que está en vías de recuperación y que parece sanar.

Difiere de la melancolía en varios puntos: clínico, los pensamientos depresivos no son tan claros como en la melancolía,

No hay ninguna historia de trastorno bipolar.

Según un modelo psicoanalítico, no parece realizar ningún trabajo mental, a diferencia de la melancolía

Mecanismos psicopatológicos podrían ubicarlo cerca de depresión esencial.

tEncephale. 2010 Jun;36 Suppl 2:D1-6... "Syndrome de glissement": clinical description, psychopathological models, and care management]. Weimann Péru N, Pellerin J.

Bipolaridad y vejez

De inicio **temprano** y envejecida.

De inicio **tardío**

De inicio juvenil

1er episodio: + 50 años.

Los factores psicosociales juegan un rol importante en la bipolaridad de inicio temprano

Primario

Secundario a enf. médicas / fármacos

Los eventos de vida estresantes juegan un rol importante en individuos adultos bipolares de inicio temprano y síntomas depresivos de comienzo, comparados con los BP de inicio tardío.

Mientras los factores psicosociales juegan un rol importante en la bipolaridad de inicio temprano las enfermedades médicas lo son en la bipolaridad de inicio tardío.

Maturitas. 2010 Mar 20.

'Bipolar disorder' in the elderly: What's in a name?

Vasudev A, Thomas A.

El trastorno bipolar lo padece el 1 % de la población adulta en la comunidad, aunque el grado de prevalencia en los adultos mayores es menor 0,1%.

1 %



Hay una elevada morbilidad en las instituciones con prevalencia del 10%.

Es probablemente heterogénea y su etiopatogenia compleja.

Se clasifica en TB de INICIO TEMPRANO y de INICIO TARDÍO.

Los de INICIO TARDÍO presentan episodios maníacos moderados, elevada carga de enf .médicas o neurológicas y menor carga genética familiar.

Presentan mayor riesgo de demencia, *stroke*. (el litio tiene efecto neuroprotector)

Se observan cambios en S Blanca, hiperintensidades en neuroimágenes dando información adicional de enfermedad cerebrovascular (ECV).

Es probable que la BIP sea una entidad diagnóstica y terapéutica diferente

COMPARACIÓN

BI temprano, envejecidos

- Varía si recibió tratamiento temprano y continuo
- Puede presentar:
- Agresividad
- Ideas paranoides
- Menor exaltación, taquipsiquia
- Historia familiar de TB
- Pueden asociarse a procesos neurodegenerativos.
- Deterioro en memoria y aprendizaje verbal.

BI inicio tardío

- Euforia leve del estado de ánimo e ideas delirantes que resulta en un diagnóstico erróneo de depresión o demencia.
- Adultos mayores con BIT muestran menos síntomas psicóticos
- Antecedentes familiares variabilidad: 24-88 %
- Trastornos cognitivos, de atención e impulsividad.
- Mayor riesgo a sufrir procesos demenciales.
- Suele ser subdiagnosticada, ya que los pacientes con historia de depresión unipolar desarrollan tardeamente episodios maníacos especialmente BP tipo II.

Manía secundaria

Causas neurológicas



Causas médicas



Fármacos



Abuso de sustancias



tumores

afecciones tiroideas

corticoides

demencias

infecciones

agonistas dopaminérgicos

e. Parkinson

colagenopatías

antidepresivos

sífilis

diabetes

anfetaminas

HIV

enf. coronaria

epilepsia

neoplasias

enf. cerebrovascular

déficitS B12, fólico

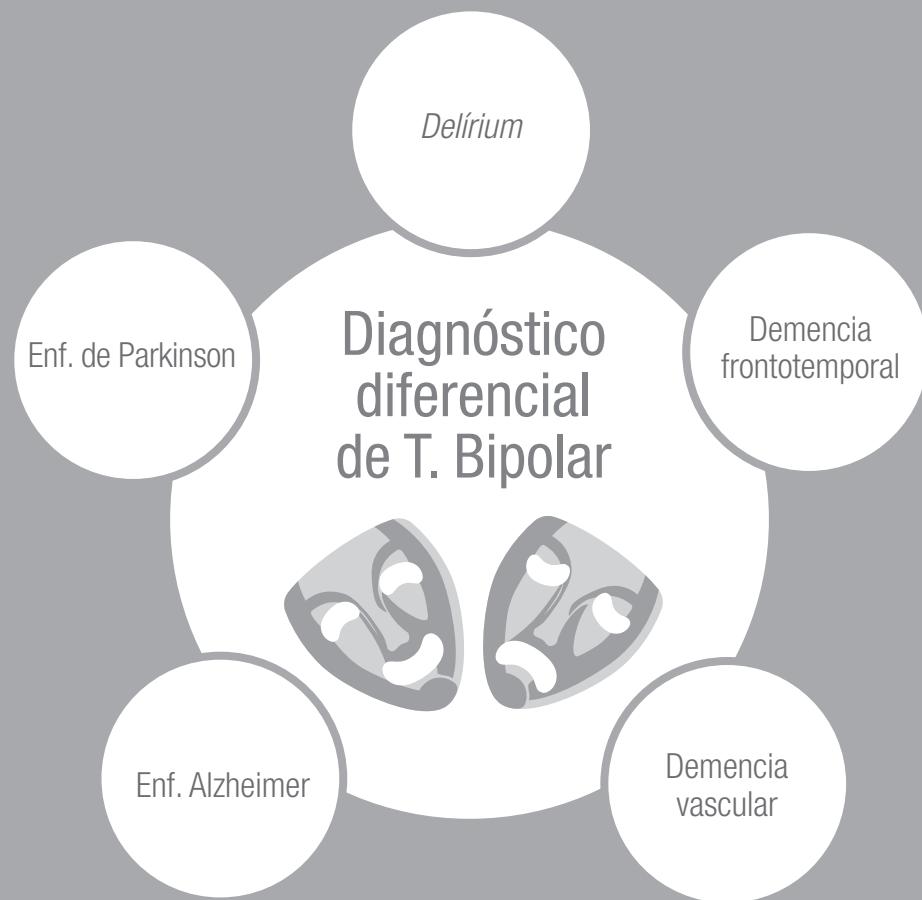
traumatismos

insuf. renal, diálisis

cirugías hemisferio derecho

alcoholismo

circuito orbitofrontal



Un inicio primario en la vejez de síntomas maníacos puede corresponder a manía secundaria debido a enfermedades médicas, fármacos o enfermedades sistémicas.

Bipolar Disord. 2013 Aug 6. The prevalence of late-life mania: a review. Dols A, Kupka RW, van Lammeren A, Beekman AT, Sajatovic M, Stek ML



Revisión de estudios prevalencia de la manía en adultos mayores de 50 años.

La prevalencia global de la manía en la tercera edad se estimó en 6% en los reportados 1.519 pacientes psiquiátricos hospitalizados.

En pacientes de edad avanzada con trastorno bipolar, la prevalencia media de la manía de inicio tardío fue del 44,2 %.

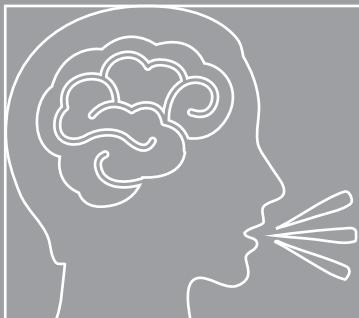
Manía en la edad avanzada no es rara en pacientes psiquiátricos mayores y se asocia con mayor comorbilidad somática en pacientes mayores de 50 años y más.

J Affect Disord. 2013 Sep 5;150(2):691-4. Cognitive-linguistic deficits in euthymic elderly patients with bipolar disorder.

Radanovic M, Nunes PV, Forlenza OV, Braga Ladeira R, Gattaz WF



Hay evidencia creciente de que el trastorno bipolar también se asocia con deficiencias neuropsicológicas que persisten durante la eutimia.



Anormalidades en la lengua y discurso están presentes en el trastorno bipolar, especialmente en la fluidez verbal y la memoria verbal.

N 19 pacientes bipolares eutímicos envejecidos mayores de 60 años y más y 20 cognitivamente sanos.

Demuestran que la debilitación lingüística está presente en pacientes bipolares eutímicos, afectando mayormente las habilidades sintácticas y léxico-semántico, tanto en la comprensión y la producción del lenguaje. Estos déficits se interrelacionan con otras habilidades cognitivas que se verán afectadas, como las funciones ejecutivas y la memoria episódica.



Patterns of pharmacotherapy and treatment response
in elderly adults with bipolar disorder.

Beyer JL, Burchitt B, Gersing K, Krishnan KR.
Psychopharmacol Bull. 2008;41(1):102-14

Este estudio evaluó los patrones de tratamiento psicofarmacológico y respuesta al tratamiento en enfermos graves, bipolares mayores de 60 años.

138 ancianos con trastorno bipolar agudo de la Duke University Medical Center.

Los estabilizadores del ánimo estándar (litio, valproato, carbamazepina y lamotrigina) fueron los medicamentos más prescritos (68 %), seguido por los antipsicóticos (54 %) y los antidepresivos (34 %).

La terapia combinada es más frecuente que la monoterapia (57 % vs. 38 %).

La remisión se logró en el 35 % de los sujetos, mientras que el 32 % no mostró una mejoría significativa.

No hubo diferencia en la prescripción de antipsicóticos entre pacientes de edad muy avanzada y ancianos.



Asenapine in the treatment of older adults with bipolar disorder.
Sajatovic M, Dines P, Fuentes-Casiano E, Athey M, Cassidy KA,
Sams J, Clegg K, Locala J, Stagno S, Tatsuoka C.
Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Oct 21

● Ensayo prospectivo, abierto 12 semanas para evaluar la eficacia y la tolerabilidad de asenapina adjunta en los adultos mayores no dementes (≥ 60 años) con óptima anterior respuesta a tratamientos de BD.

● Asenapina fue iniciada en 5 mg/día y valorada como tolerada.

● Las personas mayores con BD tuvieron mejoras globales de asenapina. La mayoría informó efectos adversos leves y transitorios, pero los efectos adversos incitaron la discontinuación de la droga en poco más de un cuarto de los pacientes.
Asenapina puede ser considerado para el tratamiento de algunos pacientes BD geriátricos no dementes.



Metodología diagnóstica



Entrevistas individuales
o familiares



No estructuradas, semiestructuradas y estructuradas



Escalas de depresión geriátrica



Historia clínica completa



Evaluación cardiovascular

Neuroimágenes

Evaluación neurocognitiva



Neuroimágenes

**Tac
de cerebro
con y sin
contraste**

**RMC
con y sin
contraste**

Spect

La neuroimagen, tanto estructural como funcional, sirve como complemento de gran utilidad para la evaluación clínica
Desarrollo de biomarcadores de neuroimagen.

En depresión de inicio tardío las pruebas de imágenes recientes apoyan el papel de cambios isquémicos en sustancia blanca en la patogenia de la depresión en los ancianos.

Curr Psychiatry Rep. 2013 Jun;15(6):360. Recent advances in neuroimaging biomarkers in geriatric psychiatry. Khandai AC, Aizenstein HJ.



Análisis de laboratorio

- Hemograma completo
- Eritrosedimentación
- Ionograma
- Glucemia
- Uremia
- Ác. úrico
- Creatinina
- Colesterol LDL,HDL
- Triglicéridos
- Hepatograma completo
- Proteinograma
- Calcemia y fosfatemia
- T3, T4, T4L, TSH, ATPO
- Dosaje B12, folico, homocisteinemia
- Dosaje D3
- VDRL
- Orina completa



Evaluación cardiovascular

- Eval cardiovascular con informe, ECG con QTc
- IRSS
- Para evitar interacciones medicamentosas usar inhibidores débiles del CYP 450
- IRSS son agentes apropiados para población cardiológica
- Citalopram, escitalopram sertralina
- Se debe ser cuidadoso en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica
- Pueden mejorar la variabilidad de frecuencia cardiaca en pacientes que sufrieron infarto de miocardio mejoran la supervivencia
- Mejoran el estado de ánimo en pacientes con angina aguda o infarto de miocardio
- ATC están contraindicados en trastornos de la conducción
- Diales Venlafaxina, realizar control de la de presión arterial



Evaluación neuropsicológica

- ACE-R
- Fluencia fonológica
- Fluencia semántica
- Test de denominacion de Boston
- Vocabulario Wais
- Trail making AyB
- Dígitos Wais SMDT
- Aprendizaje verbal auditivo de Rey
- Memoria lógica
- Figura compleja de Rey
- Analogías Wais.
- Razonamiento con matrices Wais
- Test del reloj
- Diseño con cubos Wais
- *Neuropsychiatric Inventory*

Evaluación neurocognitiva perfil frontal

● *Addenbrooke's Cognitive Examination*

● *Tower Test*

● *Wisconsin Card Sorting Test*

● D-KEFS

● ECB

● CBT

● *Iowa Gambling Test*

● *Stroop Test*



Errores diagnósticos

Que un adulto mayor consulte por:

Ansiedad

Insomnio

Aislamiento
Agresividad
Irritabilidad
Alteraciones del carácter

Y no se descarte un cuadro comórbido con depresión.

Es un error



La angustia que aparece por primera vez en un paciente mayor debe poner al médico sobre aviso respecto a la posible de asociación con depresión.

Aceptar el diagnóstico dado por el paciente

Es un error



No interrogar acerca de otros síntomas de depresión

Es un error



Descartar depresión hostil

Se vincula con andropausia

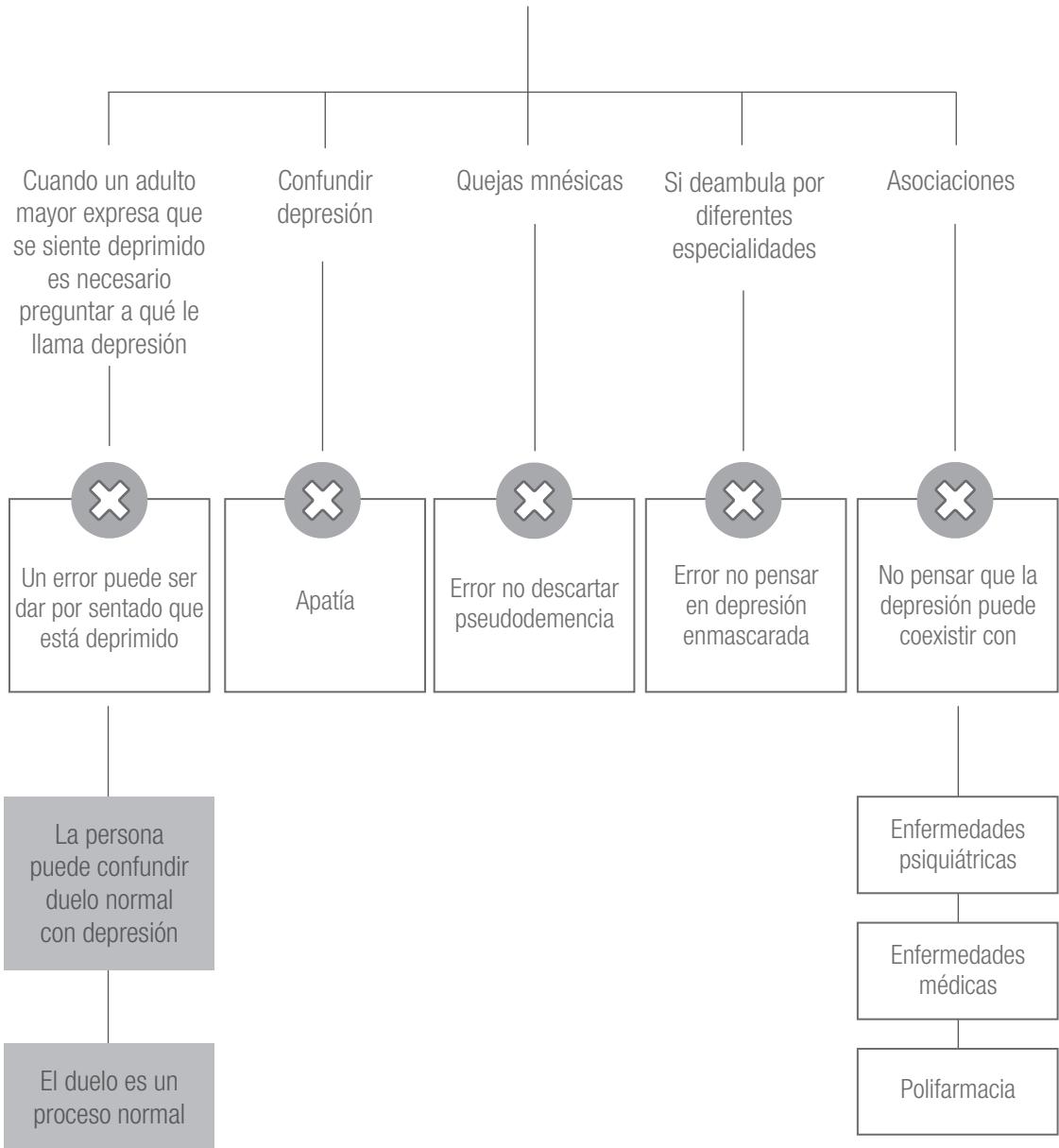
No diagnosticar,
No interconsultar por su andropausia

Es un error





Errores diagnósticos





Diagnóstico diferencial

Apatía

Depresión

- Es una afectación del funcionamiento ejecutivo, de los componentes relacionados con la iniciativa, junto con déficit de la motivación (disminuido)
- Indiferencia generalizada
- Reducida iniciativa, intereses o motivaciones
- No tiene pensamientos negativos

- La depresión es una alteración (disminución) del estado afectivo
- Angustia
- Negatividad
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Autorreproches
- Su cognición está impregnada por percepciones negativas acerca de sí mismo, pesimismo
- Sentimientos de tristeza y de vacío.

La evaluación de los aspectos emocionales y de las áreas cognitivas puede ayudarnos en esta diferenciación.

Su diagnóstico requiere de una evaluación clínica y neuropsiquiátrica con escalas Ej.: EGD, evaluación neurocognitiva, escala de apatía AES de Marin.

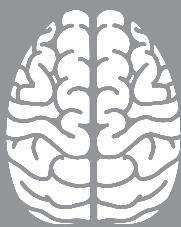


Bipolaridad de inicio tardío



Error

Pensar que por falta de antecedentes no se realice diagnóstico



Neurociencias

Depresión geriátrica

Se suele acompañar con alteraciones cognitivas
por disfunción de:

Vías
frontoestriatales

Amígdala

Hipocampo

Executive dysfunction in geriatric depression

Am J Psychiatry. 2002 Jul;159(7):1119-26.

Executive dysfunction in geriatric depression.

LockwooKA Alexopoulos GS, tvan Gorp WG.

Disfunción ejecutiva

Alteración frontal

Alteraciones de las conexiones subcorticales

Las demencias subcorticales cursan frecuentemente con depresión
Psychomotor Symptoms of Depression
Sobin,C . Sackeim,HA Am J Psychiatry 154:4-17,1997

Demencia Vascular

Enfermedad de Parkinson

Corea de Huntington

Ballmaier M, Toga AW, Blanton RE, Sowell ER, Lavretsky H,
Am J Psychiatry. 2004 Jan;161(1):99-108.

Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: an MRI-based parcellation of the prefrontal cortex.

Anormalidades estructurales en las subregiones de la corteza prefrontal en pacientes ancianos con depresión, las diferencias exploradas autores en materia gris, materia blanca y CSF volúmenes mediante la aplicación de un método de parcelación basado en imágenes por resonancia magnética (MRI).

En reducciones altamente significativas del volumen bilateral de la materia gris en la parte anterior del cíngulo, el músculo recto de la circunvolución del cerebro y la corteza orbitofrontal

Los pacientes deprimidos también exhibieron reducciones significativas del volumen bilateral de la sustancia blanca y aumentos significativos en la parte anterior del cíngulo y el músculo recto de la circunvolución

El grupo deprimido mostró reducciones significativas de volumen de CSF en la corteza orbitofrontal en relación con los sujetos de comparación

Las alteraciones de la sustancia blanca se asocia a disfunción ejecutiva y mala evolución de la DG.

"The American Journal of Geriatric Psychiatry

Frontostriatal and Limbic Dysfunction in Late-Life Depression "

"Volume 10, Issue 6, November–December 2002, Pages 687–695

Alexopoulos GS

Alteraciones cerebrales que incrementan la
vulnerabilidad a la depresión

Disfunción
amígdala

Disfunción
hipocampal

Disfunción
frontoestriatal

Aging Ment Health. 2012;16(6):753-62.

Depression, hippocampal volume changes, and cognitive decline in a clinical sample of older depressed outpatients and non-depressed controls

Sawyer K, Corsentino E, Sachs-Ericsson N, Steffens DC

N:248, deprimidos y
147 individuos
sanos, sin depresión
de 60 años de edad.

Evidencia de
relación entre
depresión y dismi-
nución del volumen
del hipocampo
derecho y entre el
volumen del
hipocampo y
puntuación MMSE.

Sería coherente con
la depresión como
un factor causal el
deterioro cognitivo
posterior.

Mecanismos
biológicos plausibles
incluyen una
cascada de gluco-
corticoides o un
efecto facilitador de
la depresión en la
formación de placas
de beta-amiloid.

The American Journal of Geriatric Psychiatry
Volume 10, Issue 6 , Pages 687-695, November 2002
Frontostriatal and Limbic Dysfunction in Late-Life Depression
George S. Alexopoulos,,



Estudios que utilizan diversas metodologías han documentado disfunción frontoestriatal y límbica en la depresión tardía.

La disfunción frontoestriatal puede estar asociada con malos resultados a corto y largo plazo del tratamiento de la depresión en la vejez.

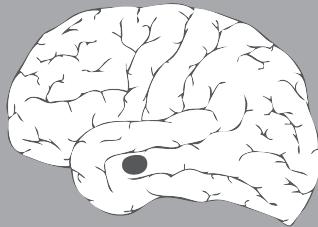
Int J Geriatr Psychiatry, 2000

Nov;15(11):992-9.

Symptoms of striatofrontal dysfunction contribute to disability in geriatric depression.

Los síntomas clínicos y los hallazgos neuropsicológicos asociados a la disfunción Frontoestriatal contribuyen a la discapacidad en los pacientes ancianos con depresión

Kiosses DN, Alexopoulos GS, Murphy C



Disfunción amigdalar

La hipercortisolemia por enfermedad crónica médica se asocia a un incremento de la actividad de la amígdala.

La activación amigdalar estimula la liberación de cortisol.

Constituyendo otro mecanismo a través del cual las enfermedades comórbidas pueden incrementar el riesgo de depresión.

Neurosci Biobehav Rev. 2003 May;27(3):233-46.

Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states.

Erickson K1, Drevets W, Schukin J.

Am J Geriatr Psychiatry. 2011 Sep;19(9):771-6

Amygdala volume in late-life depression: relationship with age of onset Burke J , McQuoid DR , Payne ME, Steffens DC , Krishnan RR , Taylor WD

Burke J, McQuoid DR, Payne ME, Steffens DC, Krishnan

Estudio transversal del volumen de la amígdala en ancianos con trastorno depresivo mayor de inicio temprano y tardío y no depresivos.

91 pacientes mayores trastornos mentales, depresión (54 de inicio temprano, 37 de inicio tardío) y 31 sujetos ancianos sin patología psiquiátricas.

La depresión en la edad avanzada se asocia con pequeños volúmenes de la amígdala, sin interesar la edad de la aparición inicial de la depresión.

Psychiatry Res. 2011 Oct 31;194(1):39-46.

Default-mode network connectivity and white matter burden in late-life depression.

Wu M, Andreescu C, Butters MA Tamburo R Reynolds CF

3rd Aizenstein H

La conectividad anormal se correlacionó significativamente con la carga de hiperintensidades de la materia blanca.

La correlación entre la conectividad de red de modo predeterminado y carga de hiperintensidades de la sustancia blanca destaca el papel de los cambios vasculares en la etiopatogenia de la depresión del final de la vida.

Arch Gen Psychiatry. 2012 Jul;69(7):680-9..

Magnetic resonance imaging in late-life depression: multimodal examination of network disruption..

Sexton CE, Allan CL Le Masurier M McDermott LM Kalu UG

Herrmann LL Mäurer M Bradley KM Mackay CE Ebmeier KP

El presente trabajo apoya la hipótesis que las anomalías de la sustancia blanca en las redes frontosubcorticales límbico juegan un papel clave en LLD, incluso en el resto de la conectividad funcional en reposo y la materia gris.

Factores etiológicos subyacentes a la vulnerabilidad a la depresión





Mol Psychiatry. 2013 Feb 26.
The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression.
Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS

Proponen una hipótesis de desconexión, en el cual la ubicación de la lesión vascular focal del daño en la sust. blanca es un factor crucial que influye en la conectividad neuronal y contribuye a la sintomatología clínica.

También proponen la hipótesis inflamatoria e hipoperfusión, conceptos de enlace al proceso vascular subyacente con efectos adversos sobre el cerebro que influyen en el desarrollo de la depresión.

Postula que la enfermedad cerebro-vascular la puede predisponer, precipitar o perpetuar algunos síndromes depresivos geriátricos.

Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Nov;26(11):1109-18.

The inflammation hypothesis In geriatric depression.

Alexopoulos GS, Morimoto SS.

● Durante el envejecimiento hay una mayor respuesta inmune periférica.

● Deficiente comunicación inmune periférico-CNS.

● Y un cambio del CNS en un estado proinflamatorios.

● Estas respuestas inmunes exageradas y prolongadas pueden conducir a cambios en la función de redes emocionales y cognitivas pertinentes para depresión geriátrica.

Se discute la consideración de glía como biomarcadores para LLD e incorporación en futuras estrategias terapéuticas.

The role of glía in late-life depression(lld)
paradise mb, naismith sl, norrie lm,
graeber mb, hickie ib
Int psychogeriatr. 2012
dec;24(12):1878-90

Hay un creciente interés en dilucidar cómo la glia, sola o como parte de una red neuronal-glial, puede contribuir a la fisiopatología de la depresión.

Los astrocitos y microglia pueden mediar y modular la disfunción neuronal y la posible degeneración en la depresión.

Incluyen un papel crítico en la respuesta a la inflamación periférica y la activación microglial central, así como un papel clave en el metabolismo del glutamato.



Depresión y riesgo de demencia

Int J Alzheimers Dis. 2013;2013:412.Cumulative effect of depression on dementia risk.Olazarán J, Trincado R, Bermejo-Pareja F.

La depresión está asociada con la demencia. Múltiples mecanismos, incluido el efecto tóxico de la depresión en las neuronas del hipocampo, explican plausiblemente estas asociaciones.

Curr Opin Neurol. 2013 Oct 31]Depression in the elderly: brain correlates, neuropsychological findings, and role of vascular lesion load.Vu NQ, Aizenstein HJ

LLD está asociada con cambios en el cerebro en la materia gris y materia blanca, cambios cerebrovasculares, atrofia y pérdida de la integridad de la mielina. Estos cambios en el cerebro están asociados con la edad del inicio de la depresión, así como carga acumulada, duración, depresión y pueden explicar el riesgo mayor de demencia asociado con LLD.

Tesis Doctoral UBA Dra. Alicia kabanchik, 1996

Factores psicológicos
asociados a las demencias
degenerativas tardías

Desde una mirada fenoménica lo que se plantea es que un paciente sometido a **estresores** de mayor o menor intensidad en forma prolongada, lo lleva a presentar un **estado depresivo**

El cual si no se elabora adecuadamente, sumado a factores previos, genéticos y del desarrollo, puede desembocar en una **demencia**.

La importancia del impacto de los factores estresantes previos a la aparición de la demencia residiría en la capacidad elaborativa del aparato psíquico y no del grado de intensidad del estresor que interactuaría con factores genéticos, inmunológicos y de vivencias infantiles.

Suponemos que si el sujeto poseyera mayor plasticidad y capacidad elaborativa de las situaciones estresantes, las posibilidades de enfermar serían menores



Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition 2010 APA

Ambulatorios



Hospital de día



Institucionalización



Psicofármacos

Psicoterapia

Entrevistas familiares

Psicomotricidad

Por riesgo inminente para sí o terceros

Un metaanálisis ha mostrado que los ISRS; ATC; y las terapias psicodinámicas, conductuales y cognitivo-conductuales son muy superiores al placebo en el tratamiento agudo para la depresión en sujetos mayores de 55 años de edad. APA 2010



Psicofármacos





Psicofármacos

Previo al inicio del tratamiento

ambiente familiar

considerar lo particular de cada paciente

diagnóstico clínico psiquiátrico

laboratorio

interconsultas

historia clínica completa

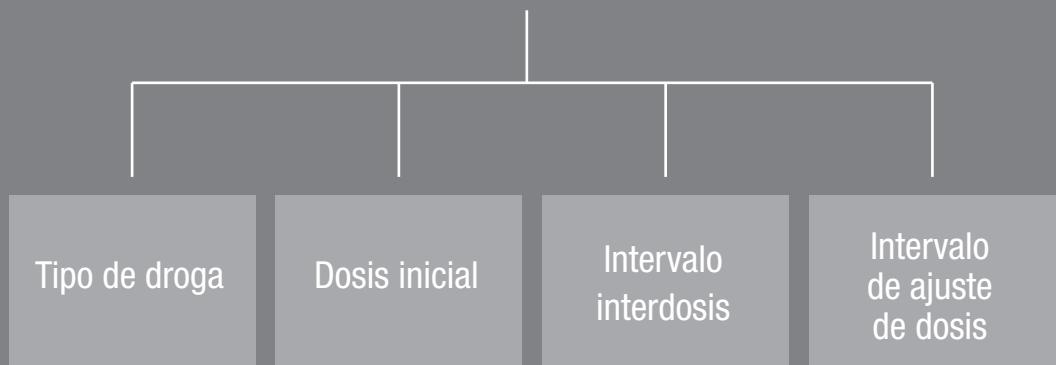
escalas

Evaluar
interacciones medicamentosas



Seleccionar y administrar la medicación con cautela.

Considerar:





APA Practice Guidelines

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition Demographic and Psychosocial Variables

Older Age Vol 167, Number 10 October 2010

Utilizar el menor número posible de medicamentos.

A menudo es útil el uso de medicamentos que enfrentar varios problemas al mismo tiempo.

Ej.: elección de mirtazapina a un paciente deprimido con pérdida de peso e insomnio.

Los regímenes de dosis deben ser ajustados por:

- Los cambios metabólicos relacionados con la edad
- Con especial atención a las funciones hepática, renal y metabólica.

Selección tipo de droga



Preferencia del paciente

Costo

Efectos secundarios previstos.

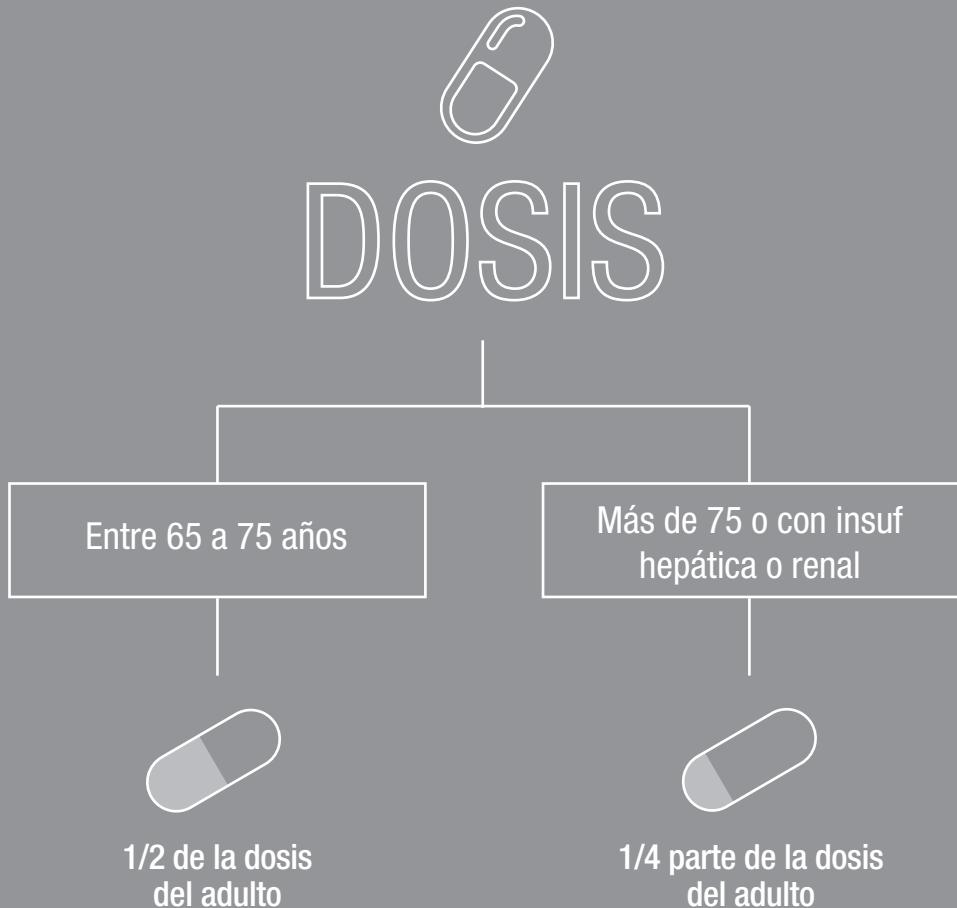
Seguridad o tolerabilidad

Efectos secundarios previstos

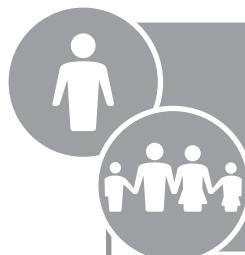
Respuesta a la medicación en episodios anteriores

Propiedades farmacológicas ej. Vida Media (VM)

Los pacientes ancianos son particularmente propensos a la hipotensión ortostática y bloqueo colinérgico; por esta razón, deben considerarse ISRN, ISRS y otros antidepresivos antes que IMAO o ATC. Entre los TCAs, desipramina y nortriptilina deben considerarse (aminas secundarias).



Los pacientes ancianos requieren típicamente una dosis oral más baja que los pacientes más jóvenes.
Las dosis deben ajustarse a cambios metabólicos relacionados con la edad, con estrecha atención a la función metabólica hepática y renal.
Para pacientes que están recibiendo otros medicamentos, se debe prestar atención a potenciales interacciones medicamentosas. APA 2010



Indicaciones para el paciente y la familia

- Dar las indicaciones de la medicación por escrito con letra grande.
- Si hay fallas cognitivas, tener un responsable.
- Retirar fármacos vencidos o que no se usan.
- Reevaluar la medicación periodicamente.
- Controles de laboratorio.
- El paciente debe conocer sus medicaciones.
- Llevarlo escrito consigo.
- Conocer los efectos adversos.
- Tomar la medicación en los horarios y dosis indicadas.
- Consultar al médico por dudas.

IMAO	Tranilcipromina	No son fármacos de 1ra elección	Efecto tiramínico Dieta muy estricta
IRSS 1ra elección en adultos mayores	Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina Sertralina Citalopram Escitalopram	Usar Inh débiles del CYP 450	Sertralina Citalopram Escitalopram
IRNS	Venlafaxina		En depresión mayor sola o asociada a mirtazapina
	Desvenlafaxina		no afecta de manera significativa al sistema enzimático del CYP450 y que tiene un potencial bajo de interacciones farmacológicas
	Milnacipram Duloxetina		en dolor
IRND	Bupropion		Ausencia de efectos anticolinérgicos
NaASE	Mirtazapina		usar medicamentos que enfrentan varios problemas al mismo tiempo. Ej.: deprimido con pérdida de peso e insomnio
AgMT1, MT2 antag 5HT2C	Agomelatina		Depresión con insomnio no provoca disfunción sexual.
PRSR	Tianeptina	aumenta la recaptación de serotonina a nivel de la sinapsis	evita la utilización de la enzima citocromo P450
Tetracíclicos	Trazodona Mianserina		En agitación Control hematológico



Criterios para uso de medicaciones

Criterios De Beers
Sociedad Americana de
Geriatría
2012

Revisión exhaustiva, sistemática y clasificación de la evidencia sobre los problemas relacionados con las drogas y los eventos adversos de medicamentos (AAM) en los adultos mayores

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel JAGS 2012J Am Geriatr Soc. 2012;60(4):616-631.

Stoop - Start
European Union Geriatric Medicine Society
2009

Criterios STOPP(Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START(Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)

Gallagher P, Baeyens JP, Topinkova E, Madlova P, Cherubini A, Gasperini B, et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries. Age Ageing. 2009;38:603-6

Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:273-9.

Diferencia

Los criterios Stoop Start incluyen las herramientas para llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados.

Tratamiento APA

Asoc. Psiquiátrica Americana 2010

Fase	Tiempo	Objetivos
aguda	6 a 12 semanas	Inducir la remisión de síntomas
de continuación	4 a 9 meses	prevención de recaídas
de mantenimiento	12 meses	protección de recurrencia

FASE **TIEMPO** **OBJETIVOS**

APA Practice Guidelines

**Practice Guideline for the Treatment of
Patients With Major Depressive Disorder,
Third Edition Demographic and Psychosocial Variables**

Older age Vol 167, Number 10 October 2010 Official Journal
of the AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

- Los pacientes ancianos son propensos a la hipotensión ortostática y bloqueo colinérgico.
- ISRS, IRSN, y otros antidepresivos deben ser considerados más que los IMAO o ATC.
- Desipramina y nortriptilina se debe considerar más que las aminas terciarias.
- ISRS causan el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) a un ritmo mayor en los ancianos que en jóvenes
- ISRS tienen un riesgo tres veces mayor de SIADH.
- Mayor riesgo entre los pacientes de edad avanzada

Characteristics, prevalence, risk factors, and underlying mechanism of hyponatremia in elderly patients treated with antidepressants: A cross-sectional study.
Mannesse CK, Jansen PA, Van Marum RJ, Sival RC, Kok RM, Haffmans PM, Egberts TC. *Maturitas.* 2013 Dec; 76 (4): 357-63

Curr Drug Saf. 2013 Jul;8(3):175-80. *Hyponatraemia: an audit of aged psychiatry patients taking SSRIs and SNRIs.* Giorlando F, Teister J, Dodd S, Udina M, Berk M



Riesgos de fracturas

Fractures in users of antidepressants and anxiolytics and sedatives: effects of age and dose

Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry.

Vestergaard P, Prieto-Alhambra D, Javaid MK, Cooper C. Osteoporos Int. 2013 Feb;24(2):671-80.

Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths. Age Ageing. 2013 Jul;42(4):514-20

IRSS, se asocian a mayor riesgo de fracturas en edades superiores a los 60 años.

Mayor riesgo de fractura de cadera entre personas expuestas a los antidepresivos, IRSS.

Un aumento del riesgo de fracturas se asoció con el aumento de dosis TCA en mayores desde 60 años.

Riesgo de hemorragia digestiva alta



ISRS reducen la serotonina plaquetaria y se asocian con mayor riesgo de hemorragia digestiva, un efecto que se ve reforzado cuando se toma aspirina o AINES.

Transl Res. 2008 Mar;151(3):168-72.: Selective serotonin reuptake inhibitors: measurement of effect on platelet function. McCloskey DJ, Postolache TT, Vittone BJ, Nghiem KL, Monsale JL, Wesley RA, Rick ME

In vitro effects of serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors on human platelet adhesion and coagulation
Ida Hallbäck, Staffan Hägg, Andreas C. Eriksson, Per A. Whiss
Pharmacological Reports 2012, 64, 979.983

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition 2010 APA

Depresión psicótica →

- Responde mejor a la combinación de un antipsicótico y un medicamento antidepresivo.
- Litio: es útil para algunos pacientes que no respondieron al tratamiento combinado antidepresivos y antipsicóticos TEC.

Melancólica →

Responde al tratamiento farmacológico y TEC. Inhibidores de la recaptación de la norepinefrina de serotonina y TCAs pueden tener una ventaja sobre ISRS para esta población de pacientes

Catatónica →

- Urgente tratamiento somático. (por ej.: lorazepam, diazepam) o un barbitúrico (por ejemplo, amobarbital) puede inducir un alivio rápido.
- Cuando tal intervención es ineficaz debe considerar el uso urgente de TEC (además de los medicamentos antidepresivos, se puede incluir TEC, litio, antipsicóticos o una combinación. Pueden tener una mayor susceptibilidad para el síndrome neuroléptico maligno cuando el está expuesto a las medicaciones antipsicóticas.

Estrategias de potenciación en TDM

Optimizar la dosis del medicamento



Asociar el antidepresivo con una psicoterapia orientada hacia la depresión



Cambiando con otro antidepresivo NO IMAO



A un antidepresivo de la misma clase farmacológica (por ejemplo, de un ISRS a otro ISRS) o a uno de una clase diferente (por ejemplo, de un ISRS a un antidepresivo tricíclico)



O litio, hormona tiroidea o un antipsicóticos de segunda generación.



El aripiprazol fue aprobado por la *Food and Drug Administration* en 2008 como terapia de potenciación de los AD para pacientes con TDM resistente.

La evidencia reciente continúa apoyando el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina como agentes de primera línea en los ancianos

En depresión mayor agitada, psicótico resistente la asociación con antipsicóticos atípicos generan beneficios

Los IRSS elegidos por los expertos son citalopram, sertralina por eficacia y tolerabilidad

También venlafaxina como primera línea duloxetina mostró mejoría significativa en depresión mayor y dolor

En depresión resistente resulto beneficioso antidepresivos asociado aaripiprazol, o bupropion o triiodotironina

J Clin Psychiatry. 2011 Jan;72(1):e04. Pharmacotherapy for late-life depression. Alexopoulos G



Psicoterapias

Psicodinámica
individual
grupal

Cognitivo
conductual

Entrevistas
familiares

Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy
2012 Anna Buchheim ,Roberto Viviani,Henrik Kessler
Horst Kächele, Manfred Cierpka, Gerhard Roth, Carol George, Otto F. Kernberg,
Georg Bruns and Svenja Taubner

Behav Res Ther. 2013 Sep 17;51(12):779-786. Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. Wuthrich VM, Rapee RM.

APA Practice Guidelines Practice
Guideline for the Treatment of
Patients With Major Depressive
Disorder, Third Edition Demographic
and Psychosocial Variables Older
ageVol167, Number 10 October2010

El tratamiento combinado, podría ser considerado un tratamiento de primera elección para los pacientes con trastorno depresivo mayor con presentaciones más severas, crónicas o complejas.

APA Practice Guidelines Practice
Guideline for the Treatment of
Patients With Major Depressive
Disorder, Third Edition Demographic
and Psychosocial Variables Older
ageVol167, Number 10 October2010
El Clin Psychiatry. 2005
Apr;66(4):455-68.Psychotherapy and
medication in the treatment of adult
and geriatric depression: which
monotherapy or combined
treatment? Hollon SD, Jarrett RB,
Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M,
Rush AJ.

La combinación de terapia familiar con farmacoterapia mejora la atención posthospital para los pacientes deprimidos

El tratamiento dual combina las ventajas de cada modalidad terapéutica:

mientras la farmacoterapia puede proporcionar alivio sintomático antes, la psicoterapia produce una mejoría más amplia y más duradera.

Practice Guideline for the Treatment of
Patients With Major Depressive Disorder,
Third Edition2010
APA



Observaron una tendencia con respuesta superior con el tratamiento farmacológico combinado y IPT Terapia Interpersonal, en comparación con farmacoterapia sola. IPT y *behavioral therapy* han demostrado beneficios duraderos en el mantenimiento de la remisión.



Las psicoterapias de duración limitada son esencialmente equipotentes con medicamentos antidepresivos con pacientes ambulatorios con depresión aguda leve a moderada, pero deben utilizarse conjuntamente con medicamentos para el trastorno depresivo mayor severo o melancólico.

**Psychiatr Clin North Am. 2011 June; 34(2): 403 F M. Gunning, G S. Smith
Functional neuroimaging in geriatric depression**

Estudios de neuroimagen funcional en la depresión tardía revelan un patrón de activación anormal de las regiones frontotolímbicas, hipoactivación de regiones corticales dorsales específicas incluyendo incluyendo el corex prefrontal dorsolateral y la CCA.

El control cognitivo de pacientes ancianos con depresión demostró hipoactivación en el DLPFC corteza prefrontal dorsolateral y menor conectividad funcional entre el DLPFC y ACC corteza cingulada anterior dorsal antes del tratamiento antidepresivo

Aunque la hipoactividad en el DLPFC derecho disminuyó después del tratamiento antidepresivo exitoso, persistió la conectividad funcional reducida entre el ACC dorsal y el DLPFC izq



Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy

Anna Buchheim ,Roberto Viviani,Henrik Kessler Horst

Kächele, Manfred Cierpka,Gerhard Roth,Carl George, Otto F. Kernberg,

Los estudios de neuroimagen de la depresión han demostrado cambios específicos luego del tratamiento que afectan el sistema límbico y regiones reguladoras en la corteza prefrontal.

Si bien estos estudios han examinado el efecto de la psicoterapia a corto plazo, interpersonal o cognitivo-conductual, el efecto de largo plazo, la intervención psicodinámica no ha sido evaluada.

Pacientes ambulatorios con depresión recurrente no medicados (DSM-IV) ($N = 16$) y control de los participantes agrupados por sexo, edad y educación ($N = 17$) antes y después de 15 meses de psicoterapia psicodinámica.

Los participantes fueron escaneados en dos momentos

Durante los cuales las presentaciones de escenas relacionadas con el apego, las descripciones neutrales alternaban con las descripciones de escenas que contienen oraciones personales básicas previamente extraídos de una entrevista archivo

Los pacientes mostraron una mayor activación en el hipocampo izquierdo anterior / amígdala, el cingulado subgenual, y la corteza medial prefrontal antes del tratamiento y una reducción en estas áreas después de 15 meses

Esta reducción se asoció con una mejoría en depresión específicamente y en la corteza prefrontal medial con mejoría de los síntomas generales



Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:501-4.
Transcranial magnetic stimulation for treating
depression in elderly patients.
Hizli Sayar G1, Ozten E, Tan O, Tarhan N.

Sesenta y cinco pacientes ancianos deprimidos recibieron estimulación magnética transcraneal repetitiva sobre su corteza prefrontal izquierda durante 6 días en 3 semanas

La depresión fue calificada usando la escala Hamilton de depresión (HAMD) antes y después del tratamiento. 58,46 % del grupo de estudio demostró una mejoría significativa de humor, como un índice por una reducción de más del 50 % en la puntuación HAMD.

Diecinueve de estos 38 pacientes alcanzaron la remisión (puntuación HAMD <8), mientras que 41.54 % de todos los pacientes del estudio lograron una respuesta parcial. La estimulación magnética transcraneal repetitiva resultó un tratamiento seguro y bien tolerado.

Útil en ancianos resistentes al tratamiento farmacológico.



Psicomotricidad Gerontopsicomotricidad

La psicomotricidad es una disciplina que tiende a favorecer por el dominio del movimiento corporal la relación y la comunicación que el sujeto va a establecer con el mundo que le rodea.



Aplicación de técnicas y recursos corporales (el juego, actividades grafoplásticas, relajación, psicodrama, dinámica grupal y creatividad) adaptación a nuevas situaciones.



La finalidad es conseguir un mayor nivel de autonomía física y psicológica, mejorar el equilibrio emocional, potenciar la sociabilidad y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

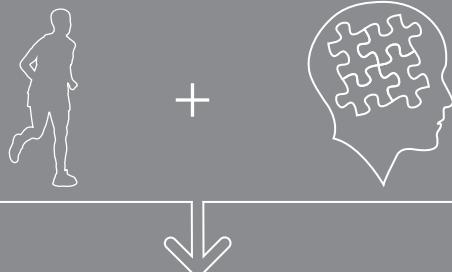
Los programas de ejercicio físico obtuvieron resultados clínicamente relevantes en el tratamiento de los síntomas depresivos en personas mayores.

Las últimas guías del Instituto Nacional de salud y excelencia clínica NICE 2010 incluyen actividad física como una estrategia de gestión para la depresión, recomendar programas de ejercicios estructurado y supervisado.

Clin Rehabil. 2009 Oct;23(10):873-87..How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S

Physical activity and depressive symptoms in older adults: 11-year follow-up. Ku, P.W.; Fox, K.R.; Chen, L.J.; Chou, P. Vol. 42 Nr. 4 Pp 355 – 62. 2012

La efectividad de la combinación de ejercicio y la psicoterapia en la mejora de los síntomas depresivos agudos entre los adultos mayores que estaban recibiendo tratamiento en una unidad de hospitalización psiquiátrica.



Participaron 78 pacientes hospitalizados, entre 50-89 años en el ejercicio simultáneo y el grupo de psicoterapia N:26 participaron tomó parte en ejercicio y psicoterapia recibida durante 30 minutos por sesión, mientras que los del grupo de conversación (n = 26) recibió psicoterapia individual durante 30 minutos por sesión



Los participantes en el grupo control (n = 26) sirvió como un grupo de comparación, recibiendo terapia estándar.



En general, estos resultados indican que las puntuaciones de depresión postratamiento fueron significativamente inferiores en aquellos pacientes que recibieron el tratamiento combinado en comparación con aquellos que recibieron atención estándar o psicoterapia individual.



Conclusión: un corto ejercicio que consta de 30 minutos de caminata conjuntamente con psicoterapia individual fue una intervención efectiva para la depresión entre adultos mayores en unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados.

Adv Mind Body Med. 2014 Fall;28(4):8-17. The effects of simultaneous exercise and psychotherapy on depressive symptoms in inpatient, psychiatric older adults. Jacquart SD, Marshak HH, Dos Santos H, Luu SM, Berk LS, McMahon PT, Riggs M

RESULTADOS



Arte y depresión en la vejez

El propósito de este estudio era examinar los efectos de la musicoterapia sobre la depresión y la función cognitiva de las personas mayores.

De enero a marzo de 2013, de 94 personas de edad avanzada.

1 Arte terapia reveló una diferencia estadística significativa entre antes y después del tratamiento de la depresión de los participantes.

2 Musicoterapia reveló una estadística significativa antes y después del tratamiento de la depresión de los participantes.

- *Technol Health Care. 2014;22(3):453-8.*

- *Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. Im ML, Lee JI*



Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.

2014 Oct 3;54:26-30

Roles of olfactory system dysfunction in depression.

Yuan TF, Slotnick BM

El sistema olfativo está involucrado en las funciones sensoriales, regulación emocional y formación de la memoria.

Se cree que las bases neurobiológicas de la depresión podrían incluir la disfunción en el sistema olfativo.

El suministro de medicamentos en base nasal podría proporcionar nuevas terapias para el manejo de la depresión.





Prevención



Tener en cuenta que la adolescencia y el envejecimiento implican crisis individuales y familiares ambas crisis requieren un abordaje psicológico individual y familiar.

AAGP ASOC. AMERICANA DE PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

Es recomendable tratar de prepararse para los grandes cambios en la vida, como jubilarse o mudarse de la casa en la que se vivió durante muchos años.

Tratar de mantener las relaciones con los amigos; ellos pueden ayudar a aliviar la soledad si la persona pierde a su cónyuge.

Puede comenzar con un pasatiempo, esto ayuda a mantener la mente y el cuerpo activos.

Mantener siempre el contacto con la familia y permitir que le apoyen cuando se esté sintiendo muy triste.

Si tiene demasiadas cosas que hacer, trate de dividirlas en pequeñas tareas que sean más fáciles de terminar.

El ejercicio contribuye a prevenir la depresión

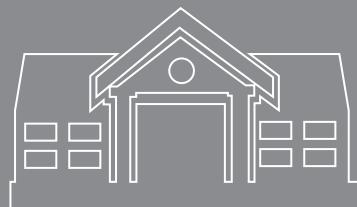
la jardinería, el baile y la natación son otras buenas maneras de ejercitarse.

Sentirse bien físicamente y llevar una dieta balanceada, puede ayudar a evitar enfermedades que pueden provocar incapacidad o depresión

Todos nos sentimos tristes o "decaídos" una que otra vez. Es parte de la vida misma

Asociación Norteamericana de Psiquiatría Geriátrica (AAGP), sentirse "desanimado" durante un buen tiempo no forma parte del proceso natural del envejecimiento.

La terapia de "diálogo", los medicamentos u otros métodos curativos, pueden aliviar las aflicciones de la depresión



CENTROS DE DÍA

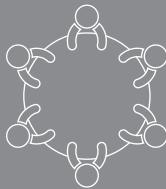
No son lugares de internación



Funcionan desde la mañana hasta la tarde



Hay talleres y actividades para favorecer la autonomía y el envejecimiento exitoso



Actividades en las áreas reflexiva, recreativa, cultural, corporal y de la esfera cognitiva, estimulación de la memoria,

OBJETIVOS:



Atender la problemática psicosocial favoreciendo la integración con sus pares.



Desarrollar programas recreativos-culturales que permitan la mejor utilización del tiempo libre.



Contribuir al establecimiento de nuevas redes sociales.



Estimular actividades de intercambio intergeneracional y de extensión comunitaria.



ABORDAR
INTERDISCIPLINARIAMENTE
LA DEPRESIÓN

Caso clínico

Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Médica Geriatra

- Consulta en geriatría, 20 agosto 2012
- Paciente femenina de 79 años
- Con una semana sin dormir, con temblor de extremidades, alucinaciones, irritable, no caminaba y pérdida total de autonomía. Severa constipación
- Un mes antes, caminaba con andadera, cocinaba, realizaba sus actividades básicas y algunas instrumentales
- Viuda, 2 hijos, 3 hermanos, escolaridad primaria completa, empresaria
- Sin antecedentes familiares de demencia, hysterectomizada,
- 6 años antes, tras accidente automovilístico y muerte de un familiar, presentó duelo severo
- Que desemboca en depresión. Recibió múltiples tratamientos
- Septiembre 2011: Sufrió caída (sin pérdida de conciencia, ni déficit motor)
- Octubre 2011: otra caída, presentó *delírium* y síndrome poscaída (miedo a caminar, que superó semanas después)
- TAC en julio de 2011, sin alteraciones
- TAC noviembre 2011: infarto parietooccipital izquierdo
- Mastrografía; cambios fibróticos
- US abdominal: hígado, páncreas, vías biliares normales
- Vejiga; normal, ausencia quirúrgica de útero, ovarios atróficos

ACCIONES

Examen físico

TA 120/80 mmHg. Temp. 36º

Mujer obesa, en silla de ruedas, difícil de movilizar y conservar equilibrio, confusa, poca colaboración, lenguaje fluido, incoherente, con perseverancia, con temblor mixto de extremidades, discinesia orolingual, sin rigidez, ni dificultad para movimientos de coordinación, sin déficit motor, reflejos normales, fuerza y sensibilidad conservada. Escoriaciones en ambos brazos. No soplos carotídeos, FC 88 x min, rítmica, no soplos, adecuada ventilación pulmonar. Abdomen: abundante tejido adiposo, colon doloroso, con peristalsis normal. Insuficiencia venosa periférica, pulso pedio bilateral normal

- 1 Se revisaron todos los medicamentos que tomaba en esa fecha y se solicitó la lista de medicamentos de los últimos 6 años.
- 2 Se indicó solo trazodona 50 mgs .
- 3 Disminución progresiva de clonazepam .
- 4 Hidratar y mejorar su alimentación con proteínas de alto valor biológico.
- 5 Vigilancia estrecha por familiar y cuidadora.
- 6 Ambiente tranquilo.
- 7 Se solicitaron exámenes de laboratorio:
- 8 Biometría hemática completa con velocidad de sedimentación globular.
- 9 Química sanguínea. 27 elementos, incluyendo electrolitos séricos, función hepática y renal. Perfil tiroideo. Examen general de orina

DIAGNÓSTICOS

Por interrogatorio y exploración,
la paciente presentaba
las siguientes posibilidades

- Estado confusional agudo
- Trastorno metabólico
- Infección
- Síndrome extrapiramidal (primario o secundario por fármacos)
- Síndrome de caídas
- Evento vascular cerebral (¿recurrencia?)
- Trastorno del sueño
- Estreñimiento (efecto anticolinérgicos vs colon irritable)
- Insuficiencia venosa periférica
- Polifarmacia
- Aspectos sociales (aislamiento, probables conflictos familiares)

- Evolución 25 08 2012:
- La sra. GV en los dos últimos días durmió muy bien.
- Está alerta, se para de la silla y logra caminar sin ayuda, ligera inseguridad, conserva equilibrio, balanceo de brazos adecuado. Sin temblor, se moviliza mejor.
- Fluencia verbal, logra 16 nombres de animales, mejor tono de voz. Orientada en las 3 esferas, denomina correctamente, cálculo simple correcto, dificultad para el diseño (a pesar de lentes no logra visualizar las figuras). Juicio correcto, no apraxia, ni déficit motor
- Exploración; TA 110/70 mmHg. Temp. 36°
- FR 22 x min FC 72 x min, rítmica, sin compromiso pulmonar,
- Moderado dolor en ángulo esplénico de colon (mejoría en la evacuación). Sin edemas
- Laboratorio: EGO normal; HB 13.7 gr; VCM 89. fl; Plaquetas 168 x103; Ca 9.3 mg, Albúmina 4.3 gr/l, Glucosa 123 mg, Amilasa 119 U/l, Fosfataza alcalina 122 U/l .Enzimas hepáticas normales. Colesterol 217 mg/l; Triglicéridos 96 mg DHL 274 U/l
- Perfil tiroideo normal. Ácido fólico 11.3 umol/l ; homocisteína 21.8 ng/ml
- (Noviembre de 2011) niveles de B12 300 pg.
- Tratamiento actual: disminución progresiva de clonazepam, trazodona 50 mgs (antidepresivo, inductor de sueño y disminuye temblor), aspirina protec 100 mgs, 1 tableta de senosidos A y B x día.
- Dieta: rica en fibras y líquidos, sustituto de azúcar (sucralosa) proteínas animales (pescados)



Duelo

Episodio depresivo mayor

Polifarmacia

Síntomas psicóticos

Venlafaxina

IRSS

Bzd

Risperidona

temblor y
discinesias
reemplazo por

Mirtazapina

Efecto extrapiramidal
se le agregó
levodopa-carbidopa

Amantadina,
trihexifenidilo

Confusión, alt
cognitivas

Anticolinesterásicos

MEDICAMENTOS 7 JULIO 2012	MAÑANA 	TARDE 	NOCHE 
Maldaldrato de dimeticona	7ml	7ml	7ml
Clonacepan 2mg	1/4	1/4	1/2
Mirtazapina 30mg			1
Risperidona 2mg	1/4	1/4	1/2
Levodopa/carbidopa 250mg	1	1/2	1/2
Paroxetina 20mg	1		
Amantadina 100mg	1	1	1
Donepecilo5	1		
Lasix	1		
20 DE AGOSTO			
Venlafaxina 75 mg	1		
Clonacepan 2mg	1/4	1/4	1 1/2
Olanzapina 10 mg			1
Mirtazapina 30 mg			1
Fluoxetina 20mg	1		
Amantadina 100mg	2	2	
Donepecilo 5mg	1	1	
Dimeticona susp	1 cucharada	1 cucharada	1 cucharada
20 DE AGOSTO 2012			
Zolpiderm12,5			1
Clorpromacina 100mg		1/2	1
Biperideno 2mg	1/2	1/2	1/4
Venlafaxina 75 mg	1		
Fluoxetina 20mg			1

Errores



Fluoxetina tiene un metabolito norfluoxetina de VM larga (12 días) y adelgaza.

Dar venafaxina por la noche: genera insomnio asociar a zolpiderm: *delírium*

exceso de dosis de mirtazapina a menor dosis mayor somnolencia se indica 1/4

Porque asociar a un IRSS que además es inhibidor fuerte del CYP 450(paroxetina /fluoxetina, en lugar de optimizar dosis.

los síntomas extrapiramidales están en relación al dosis excesiva, en lugar de disminuir dosis agregaron medicación.

la dosis de risperidona es excesiva así como el intervalo interdosis, se indica 0,25 c/12 hs



Forma de presentación de eventos 5

Evento médico: depresión (apoyado por historial, síntomas y signos)



Atribución: los síntomas extrapiramidales secundarios a fármacos, se atribuyen a enfermedad primaria (Parkinson)



Morbilidad sinérgica: se asocian síntomas crónicos y se tratan de manera independiente (constipación, dolor de piernas por insuficiencia venosa, artropatía degenerativa)



Cadena causal: todos los síntomas se atribuyen a causas diferentes, finalmente se concluye en que la paciente presenta un cuadro demencial, motivo por el que es enviada a la consulta de geriatría.



Evento enmascarado: la ocurrencia de un evento estresante desenmascara una situación subyacente, el síndrome de caídas muy probablemente se debió al infarto frontoparietal izquierdo, al que no se le prestó mayor atención.

Conclusiones

El presente, es un caso extremo en donde se descuidó el enfoque geriátrico.



Se van sumando una serie de consecuencias y atribuciones de procesos patológicos, sin tener en cuenta que son secundarios a la acción de los fármacos, además de que hubo factores que propiciaron otros procesos (infarto frontoparietal izquierdo) como las caídas y eventualmente episodio confusional agudo.



Muy probablemente no se esperó el tiempo suficiente para que actuara el primer antidepresivo y derivó en polifarmacia, con la consequente interacción medicamentosa y efectos adversos, de acuerdo con las modificaciones en la farmacocinética y fármacodinamia que se presentan.

Esta edición de 5.100 ejemplares
se terminó de imprimir en
New Press Grupo Impresor S.A.
Paraguay 264, Avellaneda, Bs. As. Argentina
en el mes de marzo de 2015.

