



DEPRESION Y DEMENCIA

Dra. Claudia Sáez Flores
Médico Internista
Especialista en Geriatría

HOJA DE RUTA

- ***Relevancia clínica***
- ***Presentación clínica***
- ***Instrumentos diagnósticos***
- ***Manejo***
 - ***No farmacológico***
 - ***Farmacológico***
- ***Conclusiones***

PREVALENCIA

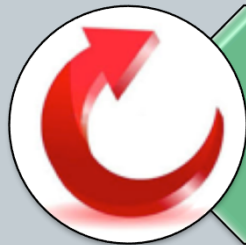
Residencias	17-20%
	30-40%
Demencia	1/3

PREVALENCIA SINTOMAS
DEPRESION EN CUIDADORES → **42,7%**

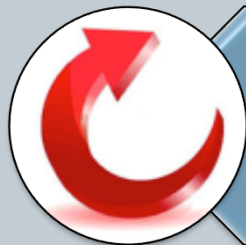
IMPACTO



Mortalidad



Deterioro Func.



Institucionalizar



CALIDAD DE VIDA

¿Es relevante la depresión en el paciente con Demencia?



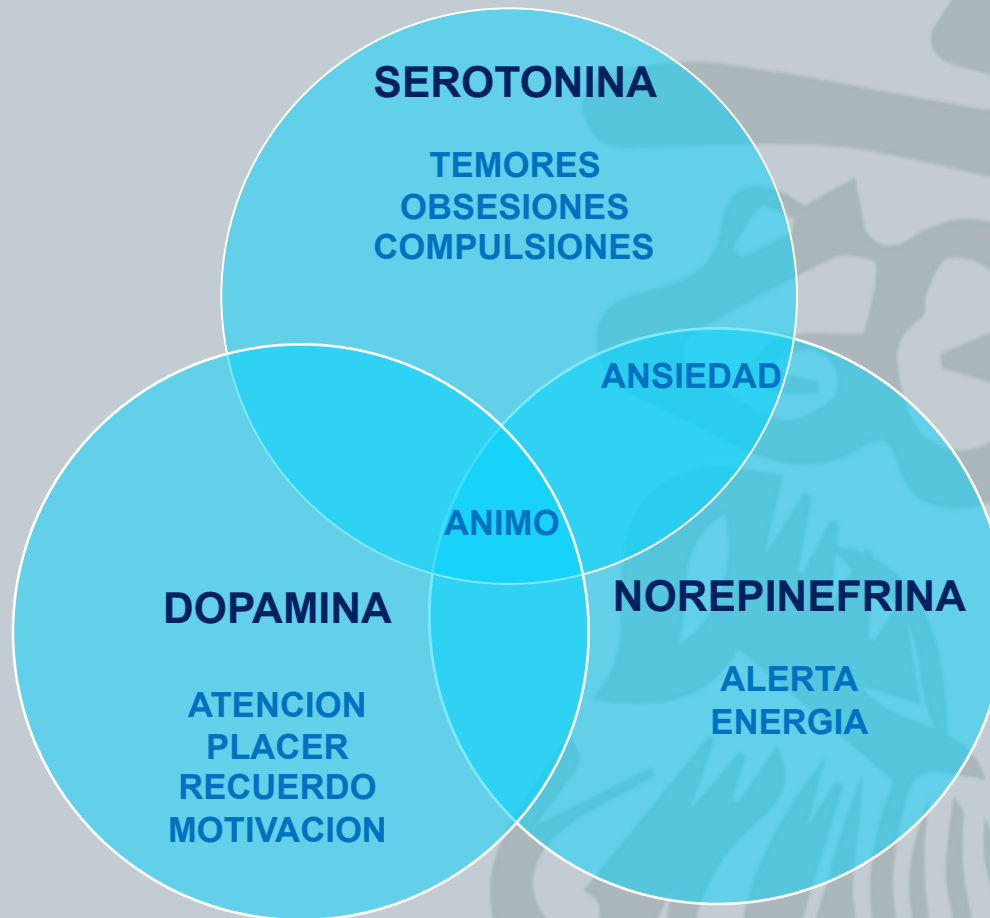
FISIOPATOLOGIA

- **La atrofia del lóbulo temporal y lesiones en sustancia blanca representan vías relativamente independientes y complementarias para depresión mayor en AM**



*Olesen PJ1, Gustafson DR, Simoni M, Pantoni L, Ostling S, Guo X, Skoog I
Neuropsychopharmacology 2010 Dec, 35 (13): 2638-45*

NEUROTRANSMISORES



Stahl SM. Essential Psychopharmacology, 2nd edition, New York, NY: Cambridge University Press, 2000.
Foote SL, et al. In Bloom, F., Kupfer, D. (editors). Psychopharmacology. 1995:335-345.

Depresión y resultados cognitivos

1

Depression

Normal cognition

Stable over time

Normal cognition

PSEUDEMENCIA

DEMENCIA + DEPRESION

4

DEPRESION + DET. COGN.

5

CVD

Frontostriatal damage

MCI

Progression over time

Vascular dementia

AD

Depresión y resultados cognitivos

Reacción a merma cognitiva

Queja precoz de demencia

Factor de riesgo demencia

ENFRENTAMIENTO

- ***Historia del inicio de síntomas anímicos y cognitivos.***
- ***Factores de riesgo***
- ***VALORACION GERIATRICA INTEGRAL***

PRESENTACION CLINICA



Table 1. DSM-5 Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder.*

At least five of the following symptoms must be present nearly every day during a 2-week period:

- **APATIA - RETRACCION**
- **QUEJAS SOMATICAS**
- **IDEAS CULPA, RUINA**
- **2º ENFERMEDADES**
- **2º FARMACOS**
- **MAYOR SUICIDIO**

PRESENTACION CLINICA

APATÍA	DEPRESIÓN	Ambas
<i>Pérdida de motivación</i>	<i>Desánimo, tristeza</i>	<i>Disminución de interés en actividades</i>
<i>Falta de persistencia</i>	<i>Culpa, autocrítica</i>	<i>Enlentecimiento psicomotor</i>
<i>Indiferencia o falta de reactividad emocional</i>	<i>Desesperanza</i>	<i>Fatiga</i>
	<i>Ideación suicida</i>	<i>Disminución de capacidad de introspección</i>
	<i>Dism. apetito</i>	

PRESENTACION CLINICA

Alta sospecha

Cambio Patrón

Ideación suicida

Dolor

**Escalas
Específicas**

- **Animo**
Depresivo
- **Conducta**
- **Ritmos biológicos**
- **Declinar C/
F**

INSTRUMENTOS EVALUACION

C. SIGNOS FÍSICOS				
9. Pérdida de apetito	A	0	1	2
10. Pérdida de peso	A	0	1	2
11. Pérdida de energía	0	1	2	
D. FUNCIONES CÍCLICAS				
12. Variación diurna de síntomas de ánimo	A	0	1	2
13. Dificultad para dormir	A	0	1	2
14. Despertar múltiple durante el sueño	A	0	1	2
15. Despertar precoz o de madrugada	A	0	1	2
D. TRASTORNO IDEACIONAL				
16. Suicidio	A	0	1	2
17. Baja autoestima	A	0	1	2
18. Pesimismo	A	0	1	2
19. Delirios congruentes al ánimo: de pobreza, enfermedad, pérdida	A	0	1	2

A No evaluado

0 Ausente

1 Suave o intermitente

2 Severo

• **Escolaridad**

- **Actividad laboral.**
- **Previsión en Salud.**
- **Fuentes de ingreso.**
- **Estructura familiar.**
- **Redes de Apoyo Social**
- **Vivienda: Calidad y Pertenencia**

Funcional

-**ABVD** (baño, vestido, cuidado personal, uso WC, movilidad)

-**AIVD** (compras, cocinar, aseo domestico, finanzas, fono, fármacos, transporte)

-**AAVD**

Social

V.G.I

Biomédicos

- Funciones Cognitivas**
- Estado Afectivo**
- Personalidad y conducta**

MENTAL

- **Hospitalizaciones**
- **Fármacos**
- **Nutrición**
- **Déficit sensoriales**
- **Ayudas técnicas**

ENFRENTAMIENTO

- ***Historia del inicio de síntomas anímicos y cognitivos.***
- ***Factores de riesgo***
- ***VALORACION GERIATRICA INTEGRAL***
- ***Imágenes y pruebas laboratorio***
- ***SIEMPRE → PRUEBA TERAPEUTICA***
- ***SIEMPRE → SEGUIMIENTO***

MANEJO FARMACOLOGICO

Table 3. Antidepressants Commonly Used to Treat Late-Life Depression

Class and Agent	Initial Daily Dose	Therapeutic Daily Dose
		of 450 mg
Mirtazapine	15 mg at bedtime	30 mg, to a maximum of 45 mg

INICIO LENTO.....

ALCANZAR DOSIS TERAPEUTICAS

MINIMO 12 MESES

RETIRO LENTO.....

MANEJO FARMACOLOGICO

ANSIEDAD

- **SERTRALINA**
- **ESCITALOPRAM**

**INSOMNIO
ANOREXIA**

- **MIRTAZAPINA**
- **TRAZODONA**

ANSIEDAD

- **VENLAFAXINA**
- **DESVENLAFAXINA**

DOLOR

- **DULOXETINA**

MANEJO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACION

PSICOTERAPIA

EJERCICIO

MUSICOTERAPIA

SOCIALIZACION

T.E.C.

E.M.T.

CONCLUSIONES



DEPRESION Y DEMENCIA

Dra. Claudia Sáez Flores
csaez9@gmail.com