

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Residencia de Geriatría

RELACION DE LA POLIFARMACIA EN LA DEPRESION DE PACIENTES CON
DEMENCIA VASCULAR

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:
GERIATRÍA



Sustentante:

Dra. Rafaela Eunice Cuello Nin

Asesores:

Dr. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Dra. Rose Nina (Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2015

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	2
I.2. Justificación.....	3
II. Planteamiento del Problema.....	4
III. Objetivos.....	5
III.1. General.....	5
III.2. Específicos.....	5
IV. Marco Teórico.....	6
IV.1. Generalidades.....	6
IV.1.1. Comorbilidades.....	8
IV.2. Demencia.....	8
IV.3. Demencia Vascular.....	9
IV.4. Depresión.....	9
IV.4.1 Escala de Hamilton para la depresión.....	12
IV.5. Demencia y depresión.....	13
IV.5.1. Diagnóstico diferencial de depresión y demencia.....	14
IV.6. Polifarmacia.....	15
IV.6.1. Farmacología geriátrica.....	15
IV.6.1.2. Características del uso de medicamentos en geriatría.....	15
IV.6.1.3. Cambios farmacocinéticos asociados al envejecimiento.....	16
IV.6.1.4. Cambios farmacodinámicos asociados al envejecimiento.....	17
IV.7. Causas de polifarmacia en ancianos.....	17
IV.8. Iatrogenia en geriatría.....	17
IV.9. Polifarmacia y depresión.....	18
V. Hipótesis.....	19
VI. Operacionalización de las variables.....	20

VII. Material y método.	21
VII.1. Tipo de estudio	21
VII.2. Area de estudio.	21
VII.3. Universo.	22
VII.4. Muestra.	22
VII.5. Criterio.	23
VII.5.1. Criterios de inclusión.	23
VII.5.2. Criterio de exclusión.	23
VII.6. Instrumento de recolección de los datos.	23
VII.7. Procedimientos.	24
VII.8. Tabulación.	24
VII.9. Análisis.	24
VII.10. Aspectos éticos.	24
VII.11. Recursos	25
VIII. Resultados.	25
IX. Discusión.	31
X. Conclusiones.	32
XI. Recomendaciones.	33
XII. Referencias.	34
XIII. Anexos.	37
XIII.1. Formulario de recolección de datos.	37
XIII.2. Cronograma.	38
XIII.3. Consentimiento informado	39
XIII.4. Escala de Hamilton	40
XIII.5. Costos y recursos.	43

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso, por estar siempre a mi lado, guiándome de la mano, por su inmensa bondad y bendiciones.

A mis padres, Eunice Nin y Alcides Cuello, por su apoyo y confianza, por tanto amor y esperanzas depositados en mí desde mi niñez.

A mi hoy esposo, César Viñas por esperarme ese tiempo a distancia mientras realizaba la especialidad, por su apoyo incondicional y por todo el amor que siempre me ha dado.

A mis hermanos, Alcides, Argelis y Hairo, por estar ahí cada vez que lo necesitaba.

A Martin Medrano por su dedicación a la enseñanza, por sacar de cada una de nosotras lo mejor, por demostrarnos que el conocimiento y el aprendizaje no son forzosos ni traumáticos, que con interés y dedicación se logra todo.

A Rose Nina, gracias infinita por su apoyo, ayuda y confianza, por estar en cada etapa de mi formación superior, siendo siempre la misma.

DEDICATORIAS

A mi Padre celestial, Dios del cielo, misericordioso, poderoso, rey de reyes!

A mis hijos, César Elías y Camila, mis grandes tesoros, espero darles el mejor ejemplo de vida y desarrollo.

A mis padres, Eunice Nin y Alcides Cuello, uno más para ustedes, la vida no termina hasta que se acaba y mientras tantos seguimos caminando porque hay tiempo para alcanzar los sueños!

A mi amado esposo, César Viñas, amor, un logro más que alcanzamos juntos! Uno de todos los que Dios tiene para nosotros!

A mis abuelos que ya han partido, Ambrosio y Rafaela, su influencia en aún persiste en mí y permanecerá toda mi vida, los extraño!

A mi abuela Demetria que a sus más de 80 años, se mantiene de pie frente al cañón. Luchadora ejemplar!

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, aleatorio, transversal, revisando 20 expedientes incluidos en el estudio "Depresión y Demencia Vascular", en el que fuimos colaboradores, realizado en la consulta de psiquiatría del Hospital General Plaza de la Salud.

En la revisión se recogen datos como edad, sexo, profesión, comorbilidades, número de fármacos usados y nivel de depresión medido por escala de Hamilton para la depresión; destacando que se trata de pacientes ya estudiados y diagnosticados con depresión y demencia vascular.

En el estudio se encontró que el rango de edad más afectado fue entre 70-79 años, siendo el sexo femenino el más predominante.

Se evidencio la coexistencia de polifarmacia y de comorbilidades con depresión y demencia vascular.

Dentro de los medicamentos más utilizados están los antihipertensivos y diuréticos, mientras que las patologías más frecuentes fueron hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus.

Palabras claves: polifarmacia, comorbilidades, depresión, demencia, anciano.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive, randomized, transversal study was done by reviewing 20 records included in the study "Depression and Vascular Dementia", in which partners were conducted in consultation psychiatry at the Hospital General Health Plaza.

In reviewing data such as age, sex, profession, comorbidities, number of drugs used and the level of depression as measured by Hamilton scale for depression are collected; noting that these are patients already studied and diagnosed with depression and vascular dementia.

The study found that the most affected age range was between 70-79 years, being the most dominant female.

The coexistence of polypharmacy and comorbidities with depression and vascular dementia was evident.

Among the most commonly used antihypertensive drugs are diuretics, while the most frequent diseases were hypertension, stroke, and diabetes mellitus.

Keywords: polypharmacy, comorbidities, depression, dementia, elderly.

I. INTRODUCCIÓN

Si bien la humanidad ha buscado siempre la pócima mágica que le permitiese ser inmortal, la única forma de que la especie perdure por los siglos, es mediante la reproducción. Así pues, todas las generaciones han tenido que admitir que el ciclo de la vida, marcado por las etapas del desarrollo, el envejecimiento, y finalmente, la muerte, se repite a lo largo del tiempo con una marcada exactitud en todas las especies.

El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y es a partir de la década de los 70, del Siglo XX, cuando se observa una tendencia de crecimiento continuo de la población de 60 años y más de edad, conocida en términos demográficos como «envejecimiento de la población» de la «tercera edad» debido a la prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer.¹

La vejez frecuentemente se ve afectada por múltiples síndromes psiquiátricos, entre ellos, los trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad) son uno de los más frecuentes, asociados al grado de deterioro cognitivo, discapacidad, pérdida de la autonomía y otras circunstancias que atañen al envejecimiento como la polifarmacia, comorbilidades y los síndromes demenciales.

En el anciano, la depresión se está convirtiendo en un importante problema de salud pública, familiar, social y de las organizaciones asistenciales debido a su repercusión sobre el estado de salud, capacidades físicas y vida social de estos individuos, con una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla.^{2,3}

Sin embargo el tema de la polifarmacia en culturas como la nuestra, es un problema subestimado debido al alto índice de auto medicación y la falta de conocimiento de sus efectos sobre el organismo de un anciano.

1.1. Antecedentes

Los estudios epidemiológicos de depresión en ancianos, al igual que muchos estudios relacionados con los adultos mayores, presentan una serie de problemas metodológicos a la hora de revisarlos, como es la comparabilidad entre los diferentes estudios ya que existe gran variabilidad entre las características de las poblaciones estudiadas en cuanto a los diferentes puntos de corte de edades para definir la población geriátrica, así como el análisis de los diferentes entornos donde se realizan los estudios (comunidad, hospital de agudos, residencias, etc.), y las diferencias en relación a los diferentes métodos de screening y diagnósticos utilizados.⁴

En un estudio comunitario precoz en el Reino Unido, se encontró una prevalencia de un 10% de depresión entre los residentes de una comunidad, pero solo 1.3% cumplieron los criterios de depresión mayor⁽²⁾, otro estudio realizado en Australia que incluyó individuos que vivían tanto en la comunidad como en instituciones, la puntuación de cuadros depresivos fue de 3.3%.⁵

En cuanto a la polifarmacia, situación frecuente en el adulto mayor debido a las comorbilidades, un estudio realizado en adultos mayores ingresados en unidades clínicas de hospitales en Australia muestra su frecuencia en estos pacientes.⁶

Los síndromes demenciales cada día más frecuentes ya no solo se observan en ancianos sino que se han diagnosticado en adultos jóvenes, esto debido a múltiples factores biológicos y medioambientales, hoy en día las demencias presentan diversas clasificaciones, por la localización del proceso patológico, por su expresión clínica predominante en signos y síntomas. Pero por la frecuencia de aparición podemos clasificarlas como: Enfermedad o Demencia de Alzheimer, Demencia Vascular (DV) y

otras demencias.⁷ La Enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia (50 a 70%).⁸ La demencia vascular (DV) constituye la segunda causa de demencia.

La relación entre la depresión y las demencias ha sido estudiada en otras ocasiones, de igual modo se estudia la relación entre estas y la polifarmacia, el solo padecer de demencia implica la prescripción de múltiples fármacos conforme progresa la enfermedad.^{9, 10} También cabe destacar que ciertos fármacos pueden contribuir a inducir la depresión como son los beta bloqueadores, cortico esteroides y benzodiazepinas.¹¹

I.2. Justificación

Vivimos en un país que avanza aceleradamente hacia el crecimiento del envejecimiento poblacional y es de preocupación mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores. Según datos oficiales de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), la esperanza de vida al nacer en el 1990 se encontraba en la edad de 66 años como promedio, donde para los hombres es de 63 años y para las mujeres es de 68 años. En el año 2000 el promedio era de 69 años de edad en ambos sexos. Esta población ocupa el seis por ciento de la población total en la República Dominicana.¹²

Ya que se observa que es común la depresión en la población geriátrica y podría aparecer en co-morbilidad con la demencia en este caso la Demencia Vascular, hemos decidido realizar un estudio basado en un trabajo en el que fuimos colaboradores, sobre la depresión en la demencia vascular, realizado en el Hospital General Plaza de la Salud, con la Dra. Rose Nina como investigadora principal Rose Nina como investigadora principal el Dr. Joaquín Cruz Sánchez como coinvestigador, en el que se demostró que los pacientes de la muestra estudiada con demencia vascular presentaban diversos niveles de depresión en un 100 por ciento.

Basado en todo esto, es nuestro interés demostrar otros aspectos a señalar como la relación de medicamentos que producen síntomas depresivos en pacientes geriátricos. Es por ello que deseamos observar si existe polifarmacia con

medicamentos relacionados a estos síntomas en esta muestra de pacientes con depresión con demencia vascular.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento del hombre conlleva una serie de cambios fisiológicos y manifestaciones atípicas de las diferentes enfermedades que hacen de los ancianos pacientes especiales, vulnerables; es por esto que la geriatría da gran importancia a la evaluación, prevención y manejo de los llamados **Síndromes Geriátricos**, que se definen como un conjunto de cuadros habitualmente originados por una serie de enfermedades prevalentes en los ancianos y que puede llevar a la incapacidad funcional o social de esta población.¹³ Dentro de estos síndromes geriátricos se encuentran la polifarmacia, depresión y las demencias, los cuales estudiamos en esta investigación.

Al revisar diferentes literaturas, nos percatamos cómo este síndrome tiene una alta prevalencia en los pacientes ancianos con una incidencia que aumenta con la edad, así como también se ve grandemente afectada por los demás síndromes geriátricos, por este motivo decidimos estudiar la relación entre la polifarmacia y la depresión en la demencia vascular, para esto consideramos las siguientes formulaciones:

- 1) ¿Qué relación existe entre la polifarmacia y el nivel de depresión en pacientes con demencia vascular?
- 2) ¿Cuál es la edad más afectada?
- 3) ¿Cuál es el sexo más afectado?
- 4) ¿Cuáles fármacos pueden estar relacionados con la depresión?
- 5) ¿Cuáles patologías pueden asociarse a la polifarmacia y depresión?
- 6) ¿Qué nivel de depresión presentan estos pacientes?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la relación de la polifarmacia en el nivel de depresión en 20 pacientes entre edades de 60-80 años con demencia vascular de la consulta de psiquiatría del Hospital General Plaza de la Salud.

III.2. Específicos

- 1) Establecer variables socioeconómicas como:
 - a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Profesión

- 2) Explorar las enfermedades médicas en los pacientes con demencia vascular de la consulta de psiquiatría del Hospital General Plaza de la Salud.

- 3) Explorar los fármacos usados por los pacientes con demencia vascular de la consulta de psiquiatría del Hospital General Plaza de la Salud.

- 4) Medir el nivel de depresión con la escala de Hamilton en los pacientes con demencia vascular de la consulta de psiquiatría del Hospital General Plaza de la Salud.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Generalidades

El envejecimiento de la población se ha asociado frecuentemente con los países más desarrollados de Europa y América del Norte, en los cuales una quinta parte de la población tiene más de 60 años de edad. Sin embargo, este proceso también ha ocurrido y está ocurriendo en los países menos industrializados como el nuestro.¹

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y es a partir de la década de los 70, del Siglo XX, cuando se observa una tendencia de crecimiento continuo de la población de 60 años y más de edad, conocida en términos demográficos como «envejecimiento de la población» de la «tercera edad» debido a la prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer.¹

Este fenómeno de envejecimiento es muy heterogéneo, pues se combinan varios factores que hacen que la vejez se alcance en muy diversas condiciones, pues dependiendo de criterios como la salud, la capacidad económica, de las redes afectivas como las de parentesco, la viudez, el estatus social, el apoyo de servicios médicos y sociales, el servicio de pensiones, la capacidad productiva, etc. permiten al anciano una mayor o menor dependencia de terceros para poder sobrevivir en condiciones generalmente desventajosas.¹

La geriatría tiene sus inicios en 1909, cuando el Dr. Ignacio Leo Nascher escribe por primera vez la palabra Geriatrics en el New York Medical Journal.¹⁴ Desde entonces a la fecha, esta especialidad ha evolucionado hasta ser hoy en día reconocida mundialmente, destacando la importancia de las peculiaridades de las enfermedades en geriatría. En este sentido, la OMS clasifica los ancianos en grupos de edades como: ancianos jóvenes aquellos entre 60-69 años, ancianos adultos entre 70-79 años, ancianos muy viejos o los “old-old” entre 80-89 años y los centenarios, aquellos con edades cercana a los cien años.¹⁵

De igual forma los ancianos son clasificados según las características de su envejecimiento en diferentes grupos con la finalidad de establecer estrategias adecuadas para los cuidados:¹³

1. Anciano sano:

Se trata de una persona de edad avanzada sin una enfermedad objetivable, con características físicas, funcionales, mentales y sociales acorde a su edad cronológica.¹³

2. Anciano enfermo:

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda o crónica en diferente grado de gravedad, por lo general no invalidante, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.¹³

3. Anciano frágil o de alto riesgo:

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria, tiene alto riesgo de volverse dependiente, tiene con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. Sus características médicas, funcionales, mentales o sociales ocasionan un deterioro progresivo de la adaptabilidad del individuo a los cambios interno o externos lo que lo hace más vulnerable y aumenta su mortalidad.¹³

4. Paciente geriátrico:

Es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.¹⁵

Para considerar un paciente geriátrico, este debe reunir tres o más de los siguientes criterios: ¹³

- Edad mayor de 75 años.
- Presenta pluripatología.
- Tiene una enfermedad aguda con carácter invalidante.
- Tiene una patología mental.
- Presenta problemas socio familiar.

IV.1.1. Comorbilidades

Se considera comorbilidad cuando un paciente presenta dos o más enfermedades relacionadas o no que influyen en el manejo terapéutico y que condicionen el diagnóstico y pronóstico. ¹³

Las comorbilidades en geriatría se incluyen dentro de los síndromes geriátricos, en esta ocasión nos enfocamos específicamente en la polifarmacia en los pacientes con depresión en el contexto de una demencia vascular.

IV.2. Demencia

Demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro adquirido de las funciones intelectuales respecto de un estado anterior conocido o estimado, suficiente para interferir ampliamente con la conducta del paciente respecto de sus habituales actividades del diario vivir, no referida a una sino a tres (3) categorías de desarrollo intelectual y que es independiente del nivel de conciencia.

Dicho deterioro debe ser:

- a) sostenido por la evidencia histórica.
- b) documentado por evaluación neuropsicológica, la más completa y detallada posible, efectuada con instrumentos de evaluación cuantificables y reproducibles, respecto de los cuales existan datos normativos disponibles.¹¹

Las demencias presentan diversas clasificaciones, por la localización del proceso patológico, por su expresión clínica predominante en signos y síntomas. La

enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia (50 a 70 por ciento).⁸ La demencia vascular (DV) constituye la segunda causa de demencia. También existen para ella criterios diagnósticos.¹⁷

IV.3. Demencia vascular (DV)

Se define como una categoría etiológica de demencia debida a lesiones vasculares o a un déficit de la circulación cerebral.¹⁸ La aparición de una demencia vascular puede producirse en cualquier momento de la vida en individuos de cualquier edad, pero pasa a ser menos frecuente después de los 75 años, mientras que la incidencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA) continúa aumentando.¹¹

Entre los criterios diagnósticos de la DV se destacan: la escala de Hachinski, la escala de Hachinski modificada, los criterios de State of California Alzheimer Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC), los criterios de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), los criterios diagnósticos del DSM-IV y los del NINDS-AIREN. (1) Finalmente, la presencia de lesiones de carácter vascular en la neuroimagen, es requerida para el diagnóstico de la Demencia Vascular.¹⁷

IV.4. Depresión

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR), los trastornos depresivos se definen como la presencia de cinco (o más) síntomas (ver características clínicas) durante un período de dos semanas, que representan un cambio con respecto a la actividad previa del individuo.¹⁹

En los ancianos, la depresión es un trastorno muy común, independientemente del envejecimiento fisiológico, causando deterioro orgánico, cognitivo, funcional y psicoemocional, con pérdida de la autonomía, incremento de las comorbilidades y sobrecarga del cuidador, requiriendo mayor utilización de los servicios asistenciales.²⁰

La depresión en los ancianos tiene formas peculiares de presentación (depresión menor, depresión de inicio tardío) y a veces pueden predominar síntomas físicos o

cognitivos; en otras ocasiones aparecen lesiones orgánicas en el sustrato de la depresión (depresión vascular).

La depresión es un problema de salud de alta prevalencia en la población anciana, siendo en la actualidad la cuarta causa de mortalidad y se prevé que para el 2020 pase a ser la segunda causa luego del infarto agudo al miocardio (IAM).²¹

Sin embargo, es posible que individuos mayores con una depresión clínicamente significativa no se identifiquen como portadores de una depresión mayor definida por los criterios diagnósticos normales, esto es debido a las presentaciones atípicas de las enfermedades en los ancianos en base a los cambios fisiológicos del envejecimiento y al deterioro cognitivo que puedan presentar estos paciente.²²

Dentro de los ancianos, la prevalencia de los trastornos depresivos varía según la edad y el estado funcional y social que ocupa, como se muestra en el siguiente cuadro:

Depresión mayor	1-17%	En población general de ancianos
Depresión mayor	13.5-30%	Hospitalizados o institucionalizados
Síntomas depresivos	15%	En ancianos mayores de 85 años
Depresiones menores	8-40%	Población general de ancianos
Síntomas depresivos	27.9%	Consulta externa general
Estado depresivo	0.2-3%	Trastorno afectivo bipolar
Síntomas depresivos	5-20%	Por abuso de alcohol y sustancia

Tomado de Alarcón R. <<Trastornos Depresivos>>. López J., Cano C. y Gómez C. **Fundamentos de Medicina, Geriatria.**

Colombia: Corporación para Investigación Biológica. 2006: 519-525.

En la siguiente tabla se recogen diversos estudios epidemiológicos realizados en poblaciones ancianas en la comunidad, los métodos usados para el diagnóstico, la edad y los resultados.

AÑO	EDAD	Nº PACIENTES	LUGAR	INSTRUMENTO	RESULTADOS %
1985	>70	247	Tasmania	GMS	12
1985	> 65	417	Galicia	GH/Beck	17.2
1987	> 65	1500	Oxford	HAMD/MTS VA	12.5
1988	> 65	1070	Liverpool	GMS	11.3
1991	> 65	202	Verona	GMS/ AGECAT	20.3
1993	> 65	1080	Zaragoza	GMS/AGECAT	14.8 -6.2 (H/M)
1994	> 65	654	Londres	GMS/ AGECAT	17.3
1994	>75	443	Estocolmo	Entrevista	7.7
1995	> 65	418	Tenerife	CMQ-LE/CIS	8.33
1996	> 65	4051	Amsterdam	GMS/ AGECAT	10.5
1996	>65	4051	Amsterdam	GMS / AGECAT	10.5

La depresión en ancianos puede complicarse con las comorbilidades subyacentes especialmente las enfermedades cerebrales. Las cifras registradas de depresión en ancianos con enfermedad de alzheimer varían desde 19 a 87 por ciento²³ Casos de depresión clínicamente significativos pasan desapercibidos debido al deterioro cognitivo que presentan estos pacientes ya que son excluidos de los estudios.²⁴

IV.4.1. Escala de Hamilton para la depresión.

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems,¹⁸ posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems,⁷ que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.⁸ Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas^{8,17} como ambulatorios.¹¹

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE,⁷ guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

Fuente de Hamilton:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

IV.5. Demencia y depresión

Las alteraciones cognitivas suelen ser la forma de presentación de estados depresivos en los ancianos como son los trastornos en la atención, concentración, aprendizaje, y principalmente alteraciones de la memoria, pudiendo llegar posteriormente a una demencia.²²

Existe un estado depresivo acompañado de un cuadro similar a la demencia denominado pseudodemencia depresiva, la cual cursa con evidentes alteraciones cognitivas, alteraciones de la memoria y la atención, y desorientación.²⁵ La evolución de estos síntomas no está clara ya que pueden presentarse como síntomas precoces o incluso prodrómicos de una demencia especialmente la demencia vascular.²²

El inicio de la depresión en la edad avanzada y una historia previa de depresión son factores de vulnerabilidad a la demencia, así, pacientes con deterioro cognitivo y un inicio tardío de depresión tienen un patrón de sintomatología diferente y pueden reflejar una patología cortical.²²

La depresión en ancianos ha sido asociada a trastornos somatoformes con múltiples quejas somáticas como cefalea, dolor musculoesquelético, molestias gastrointestinales, en ausencia de una enfermedad orgánica demostrable, o quejas desproporcionadas respecto a la enfermedad de base; de ahí que debemos diferenciar entre la hipocondría y las somatizaciones secundarias a trastornos depresivos.

Los síntomas psicóticos predominan en los ancianos más que en los jóvenes, principalmente el delirio de persecución o de enfermedad, mientras que las alucinaciones son raras en estos pacientes.

Los síntomas psicológicos más frecuentes son: disforia, trastornos del sueño, pensamientos suicida, anergia, mala concentración, agitación y retardo. Estos síntomas varían dependiendo del sexo en los ancianos, así, bajo ánimo, sentimiento de culpa,

ansiedad y variación diurna del humor son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.²²

IV.5.1 Diagnóstico diferencial de depresión y demencia

CARACTERISTICAS	DEPRESION	DEMENCIA
Historia y curso evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio bien definido. ✓ Evolución rápida y corta (semanas) ✓ Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio insidioso ✓ Evolución lenta (años) ✓ No antecedentes previos
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo ✓ Poco esfuerzo por responder ✓ Síntomas afectivos ✓ Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo ✓ Mejoría vespertina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quejas escasas. No conciencia de enfermedad ✓ Se esfuerza por responder ✓ Afecto plano, apatía ✓ Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo ✓ Empeoramiento vespertino y nocturno
Exploración	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba ("no se"). ✓ Patrón de déficit incongruente. ✓ Lagunas de memoria específicas, por ejemplo, puntos sensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respuestas intentando disimular el déficit ✓ Patrón de déficit incongruente. ✓ No hay lagunas específicas

Tomado de la conferencia "Abordaje de la depresión y riesgo cardiovascular en el paciente anciano" por la Dra. Rose Nina. Mayo, 2015

IV.6. Polifarmacia

Definido como el consumo de tres o más medicamentos de forma simultánea, es otro de los síndromes geriátricos la cual tiene relación con la alta prevalencia de enfermedades crónicas.²⁶ Está altamente vinculada con la aparición de reacciones adversas a medicamentos, lo que aumenta la probabilidad de efectos colaterales, sobredosis e interacciones medicamentosas.

El promedio de fármacos consumidos por ancianos es de 5 en el sexo femenino y de 4 en el sexo masculino, siendo superior en los mayores de 75 años.²⁷ Es importante recalcar la importancia de la automedicación en los ancianos ya que esta condiciona su diagnóstico, manejo y pronóstico, el 46.6 por ciento se automedican y en el 71.4 por ciento tienen prescripciones duplicadas.²⁷

La prevalencia de la polifarmacia es difícil de calcular y los datos publicados se estiman entre 22-43 por ciento aumentando notablemente entre los ancianos institucionalizados entre 40-60 por ciento siendo preocupante el que en estos últimos, hasta un 40 por ciento reciben un fármaco inapropiado y un 10 por ciento reciben dos o más prescripciones inapropiadas.¹³

IV.6.1. Farmacología geriátrica.

Diversos factores pueden condicionar el uso de fármacos en los ancianos, como son:

- Factores relacionados con el proceso de la prescripción.
- Factores derivados del proceso de envejecimiento.

IV.6.1.2. Características del uso de medicamentos en geriatría.

En geriatría la prescripción de medicamentos está influenciada por los siguientes factores:²⁶

- Poca información sobre la eficacia de los fármacos debido a la escasa fuente de ensayos clínicos realizados en este grupo poblacional.

- Alto índice de prescripción, muchas veces relacionado con el sexo femenino, institucionalización, pluripatología y la intervención de diferentes prescriptores.
- Incumplimiento terapéutico relacionado con la pluripatología, polifarmacia, deterioro cognitivo.
- Automedicación. Es frecuente sobre todo en nuestra población el uso de fármacos no prescritos.

IV.6.1.3. Cambios farmacocinéticos asociados al envejecimiento

El envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos que ocurren en todos los sistemas del organismo, sin excluir aquellos que determinan la concentración de las sustancias en los distintos compartimentos.²⁶ Entre estos cambios mencionamos los siguientes:

- Absorción y biodisponibilidad.
 - Disminución del número de células absortivas y menor perfusión mesentérica.
 - Disminución del transporte activo.
 - Disminución de la velocidad del vaciamiento gástrico y tránsito intestinal.
- Distribución.
 - Disminución del agua corporal total. Esto disminuye la distribución de los fármacos hidrosolubles
 - Disminución de la masa magra.
- Metabolismo.
 - Casi todos los fármacos tienen metabolismo hepático, por lo que su acción dependerá de la perfusión y actividad enzimática hepática. En el anciano las reacciones de fase I (oxidación y reducción) son más lentas, mientras que las de fase II (conjugación y acetilación) no sufren modificaciones.

➤ Eliminación.

- En los ancianos la tasa de filtración glomerular disminuye hasta un 40% a partir de los 70 años, lo que disminuye la eliminación de las sustancias aumentando su toxicidad.

IV.6.1.4. Cambios farmacodinámicos asociados al envejecimiento.

- Aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica.
- Disminución de la sensibilidad de los barorreceptores.
- Disminución de la respuesta inmune.
- Deterioro de la capacidad de termorregulación.

IV.7. Causas de polifarmacia en ancianos.

Mucho se ha relacionado la polifarmacia al simple hecho del envejecimiento fisiológico, pero muchos factores están relacionados, entre ellos cabe mencionar los siguientes: ²⁷

- Comorbilidades o pluripatologías. Esto conlleva al uso de múltiples fármacos.
- Deterioro cognitivo o demencias. El anciano es incapaz de tener control de su medicación.
- Duplicidad de prescripción. Muchas veces el paciente asiste a más de una consulta y suele ser prescrita indicaciones sin el conocimiento de las prescripciones previas.
- Automedicación. Este es un fenómeno frecuente en los países subdesarrollados donde aún pueden ser dispensados fármacos sin prescripciones y donde el nivel cultural y educacional está influenciado por la medicina naturalista.

IV.8. Iatrogenia en geriatría.

En medicina la iatrogenia se define con los acontecimientos adversos producidos por cualquier forma de actuación de los servicios médicos. Los ancianos son más susceptibles a este fenómeno debido a las propias condiciones del envejecimiento sin olvidar los problemas sociales.

En este sentido, la iatrogenia puede ocurrir en dos puntos:

1. Problemas derivados del diagnóstico. Esta puede ocurrir por: sobredosificación, infra diagnóstico, y abuso de métodos diagnósticos.
2. Iatrogenia derivada del uso de fármacos. Dentro de esto señalamos la polifarmacia, reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas.

IV.9. Polifarmacia y depresión.

El uso de ciertos fármacos en geriatría se asocian a la aparición de síntomas depresivos, no solo por los efectos adversos sino también relacionado a condiciones propias del envejecimiento.

A continuación mencionamos los fármacos reconocidos como relacionados a la aparición de síntomas depresivos.

➤ Diuréticos	➤ Metronidazol
➤ Digital	➤ Neurolépticos
➤ Betabloqueantes	➤ Levodopa
➤ Inhibidores ECA	➤ Carbamacepina
➤ Antagonistas del calcio	➤ Fenitoina
➤ Reserpina	➤ Lovastatina, Pravastatina
➤ Metildopa	➤ Metoclopramida
➤ Guanetidina	➤ Disulfiram
➤ Corticoides	➤ Alfa interferón
➤ AINE (Indometacina Ibuprofeno)	➤ Antimicrobianos: etambutol, sulfonamidas
➤ Opiáceos	

Tomado de la conferencia "Abordaje de la depresión y riesgo cardiovascular en el paciente anciano" por la Dra. Róse Nina. Mayo,

2015

V. HIPOTESIS

La polifarmacia está relacionada con la depresión en los pacientes con demencia vascular.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	60-69 70-79 80	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Profesión	Actividad laboral a la que se dedica.	Ama de casa, Jubilado, Jardinero Seguridad, Empresario	Nominal
Estado de ánimo	Asesoramiento para medir el estado de ánimo de el / la paciente.	Escala de Hamilton	Ordinal
Comorbilidades	Enfermedades coexistentes en el paciente.	HTA, ACV, DM, osteoporosis, osteopenia, vértigo, CA de mama, sarcoidosis, dislipidemia, hepatitis C, artrosis, bursitis, HPB, glaucoma, hipotiroidismo, cataratas, obesidad	Nominal

Polifarmacia	Uso concomitante de tres o más fármacos.	Antihipertensivos, benzodizepinas, estatinas, oxigenador cerebral, hipoglucemiantes, AINES, suplementos vitamínicos, bifosfonatos, antibióticos, cortico esteroides, suplemento hormonal	nominal
--------------	--	---	---------

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Basado en un estudio previo en el fuimos colaboradores, sobre depresión en la demencia vascular, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, aleatorio, de corte transversal, a una muestra de 20 pacientes de ambos sexos entre las edades de 60 a 80 años de la consulta psiquiátrica de la Plaza de la Salud de Santo Domingo con el diagnóstico de Demencia Vascular donde se medirá la relación de la polifarmacia con el nivel de depresión que exista entre ellos.

VII.2. Área de estudio

Este estudio está basado en un estudio previo realizado en la consulta de psiquiatría del hospital General Plaza de la Salud, entidad de atención de salud sin fines de lucro ubicada en la Avenida Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, Distrito Nacional de la República Dominicana.

Mapa cartográfico



VII.3. Universo

El universo está representado por los 50 expedientes de los pacientes incluidos en el estudio “Depresión en Demencia Vascular” realizado en el Hospital General Plaza de la Salud.

VII.4. Muestra

La selección de la muestra será de la consulta psiquiátrica del Hospital General Plaza de la Salud de Santo Domingo, donde se escogerán de forma aleatoria a 20 pacientes de ambos sexos entre las edades de 60 a 80 años a quienes bajo su consentimiento se estudió el nivel de depresión que exista en dichos pacientes y que presenten el diagnóstico de demencia vascular.

Estos pacientes fueron estudiados entre los meses de mayo, junio y julio. Se determinó el diagnóstico de demencia vascular por los antecedentes vasculares que presenten, como enfermedades médicas de hipertensión arterial, infartos, diabetes o accidentes cerebro vascular (ACV), además de los síntomas que presenten en el examen mental. Se realizó resonancia magnética para determinar las lesiones lacunares o de microinfartos característicos en la demencia vascular. La misma fue realizada por el departamento de Imagenología de la Plaza de la Salud.

Se determinó el nivel de depresión, aplicando la Escala de Valoración de Hamilton para la Depresión. Esta fue aplicada por el departamento de Psicología de la Plaza de la Salud.

De este estudio se seleccionó de manera aleatoria 20 expedientes a los cuales por revisión de los mismos se determinará la relación de la polifarmacia con la depresión en esos pactes.

VII.5. Criterios

VII.5.1. Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de la consulta psiquiátrica, por referido clínico de neurología, endocrinología y cardiología con depresión asociados a la Demencia Vasculare, entre las edades de 60 a 80 años, que no han presentado depresión en el último año de vida.
- Hombres y mujeres entre las edades de 60 a 80 años que presenten depresión acompañados asociados a condiciones médicas como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y accidentes cerebrovasculares.

VII.5.2. Criterios de exclusión

- Hombre y mujer que presente depresión por otras causas u otros diagnósticos como depresión en el trastorno bipolar y la depresión mayor.
- Mujeres y hombres con edades menores de 60 años y mayores de 80 años.
- Pacientes con otras demencias y la enfermedad de Alzheimer.

VII.6. Instrumento de recolección de los datos

Basándonos en el formulario utilizado en el estudio base, seleccionamos los datos requeridos según los objetivos y las variables antes mencionadas, como son edad, sexo, profesión, fármacos utilizados y enfermedades o patologías concomitantes.

VII.7. Procedimiento

El presente estudio se realizó mediante la revisión de los expedientes incluidos en el estudio de “Depresión en Demencia Vasculare” realizado en el Hospital General Plaza de la Salud y de manera aleatoria se seleccionó un total de 20 expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

VII.8. Tabulación

La información fue cuantificada y analizada mediante Microsoft Office 2007.

VII.9. Análisis

Los resultados del estudio fueron analizados en frecuencia simple.

VII.10. Aspectos éticos

El siguiente estudio es realizado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki (Finlandia 1964) y a las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación dicha Universidad.

El estudio implica el manejo de datos obtenidos directamente de los expedientes utilizados en el estudio base, los cuales serán manejados con suma cautela y confidencialidad, introducidos en las bases de datos creadas y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

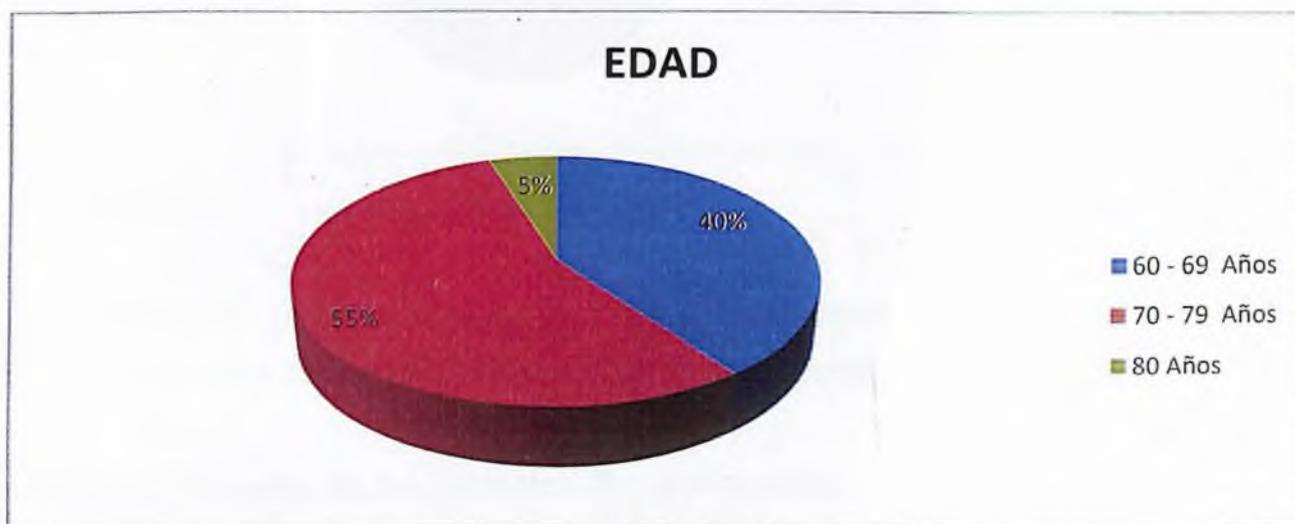
Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores será justificada por su respectiva llamada.

VII.11. Recursos.

- Una sustentante del Programa de Residencia de Geriátrica del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.
- Un asesor clínico y un asesor metodológico.

VIII. RESULTADOS

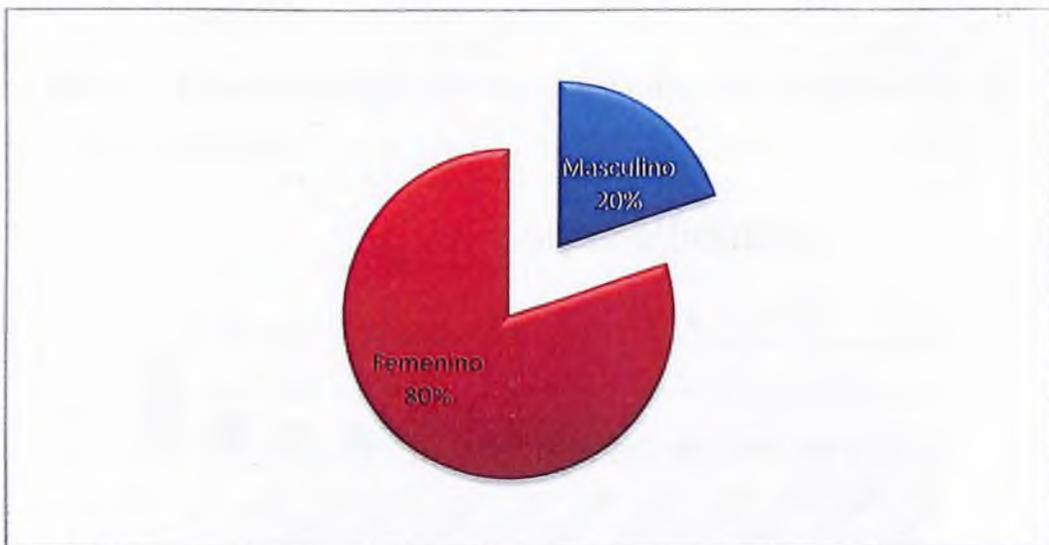
Grafico 1. Edad de los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.



Fuente: directa

De los 20 pacientes estudiados, 8 correspondían al grupo de edades comprendidas entre 60-69 años, para el 40 por ciento, once al grupo de 70-79 años para el 55 por ciento, y un paciente al grupo de 80 años, para el 5 por ciento.

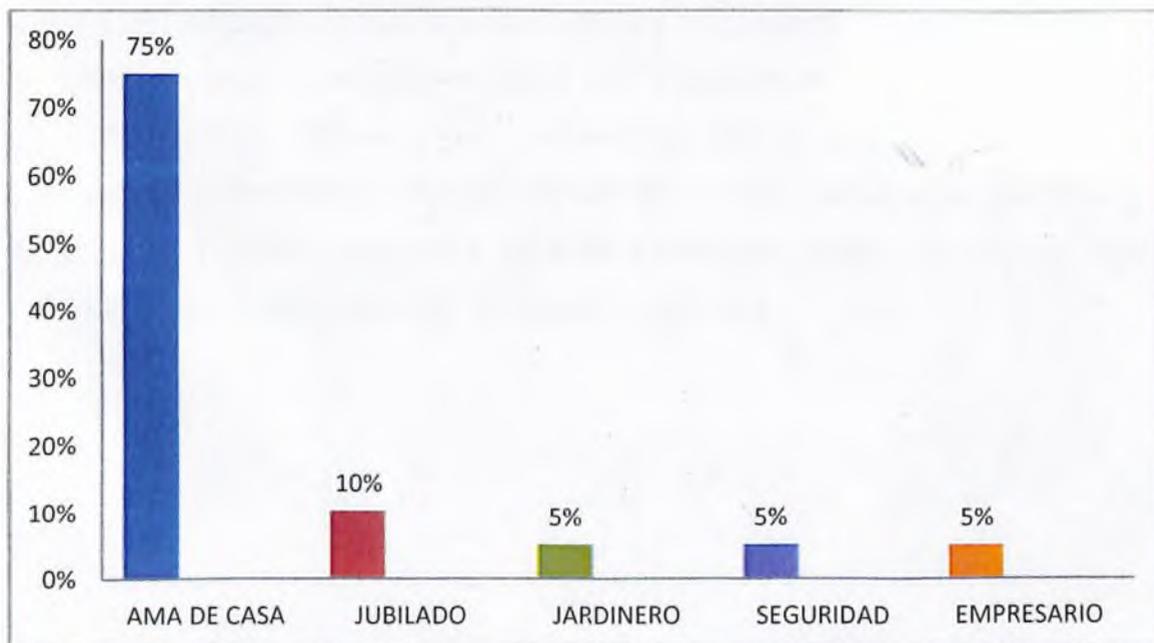
Grafico 2. Sexo de los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.



Fuente: directa

De los 20 pacientes estudiados, 16 correspondieron al género femenino y 4 al género masculino para un porcentaje de 80 y 20 por ciento respectivamente.

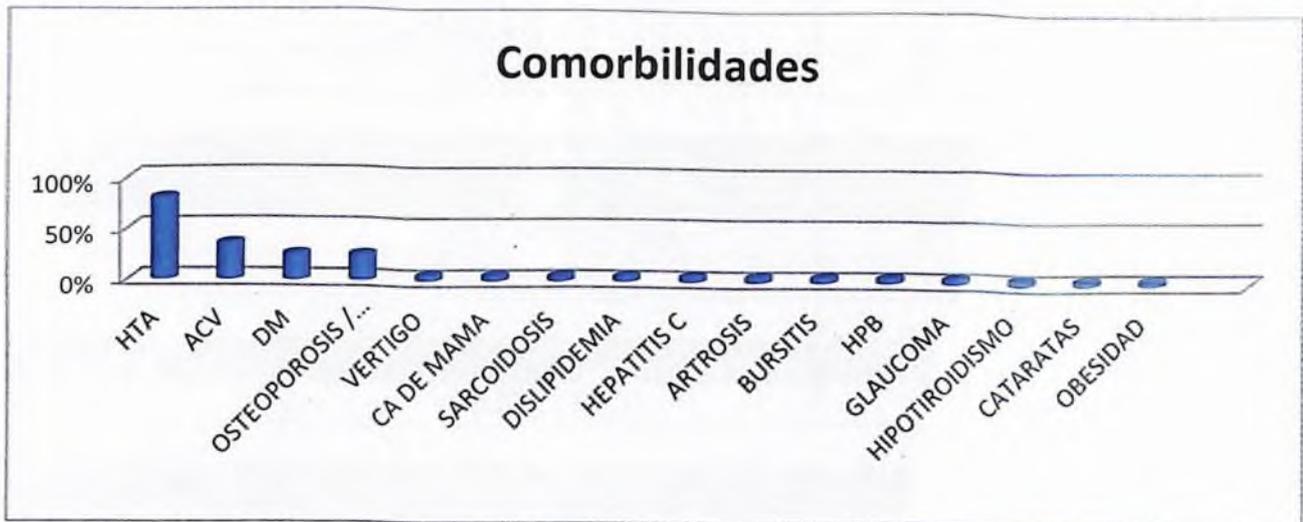
Grafico 3. Profesión de los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.



Fuente: directa

Entre los 20 pacientes estudiados, encontramos 15 amas de casa (75%), 2 jubilados (10%), 1 jardinero (5%), 1 empleado de seguridad (5%) y 1 empresario (5%).

Grafico 4. Comorbilidades de los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.



HTA (Hipertensión Arterial), ACV (Accidente Cerebro Vascular), CA DE MAMA (Cáncer de Mama), HPB (Hipertrofia Prostática Benigna)

Fuente: directa.

Entre las patologías encontradas en los pacientes estudiados, la hipertensión arterial (HTA) tuvo la mayor prevalencia con 16 pacientes para el 80 %, seguida por los accidentes cerebro vasculares (ACV) con 7 pacientes (35%), Diabetes Mellitus con 5 pacientes (25%), osteoporosis / osteopenia con 5 pacientes (25%), y con menor prevalencia encontramos vértigo, cáncer de mama, sarcoidosis, dislipidemia, hepatitis C, artrosis, bursitis, hipertrofia prostática benigna (HPB), glaucoma, hipotiroidismo, cataratas y obesidad para un 5 por ciento cada una.

Tabla 1. Fármacos utilizados concomitantemente por los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.

	FARMACO	PACIENTES
ANTIHIPERTENSIVOS		
	BETABLOQUEADOR	2
	IECA	6
	ARA II	5
	CALCIOANTAGONISTA	8
ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS		
	CLOPIDOGREL	4
	ASPIRINA	3
DIURETICO		
	DIURETICO	2
ESTATINAS		
	SIMVASTATINA	1
	ROSUVASTATINA	2
BIFOSFONATOS		
	ALENDRONATO	1
	IBANDRONATO	1
ANTIBIOTICOS		
	LEVOFLOSACINA	1
CORTICOSTEROIDES		
	PREDNISONA	1
SUPLEMENTOS VITAMINICO		
	VITAMINA C	1
	OMEGA 3	1
	CALCIO	1

HIPOGLUCEMIANTE		
	ORAL	4
	ENDOVENOSO	3

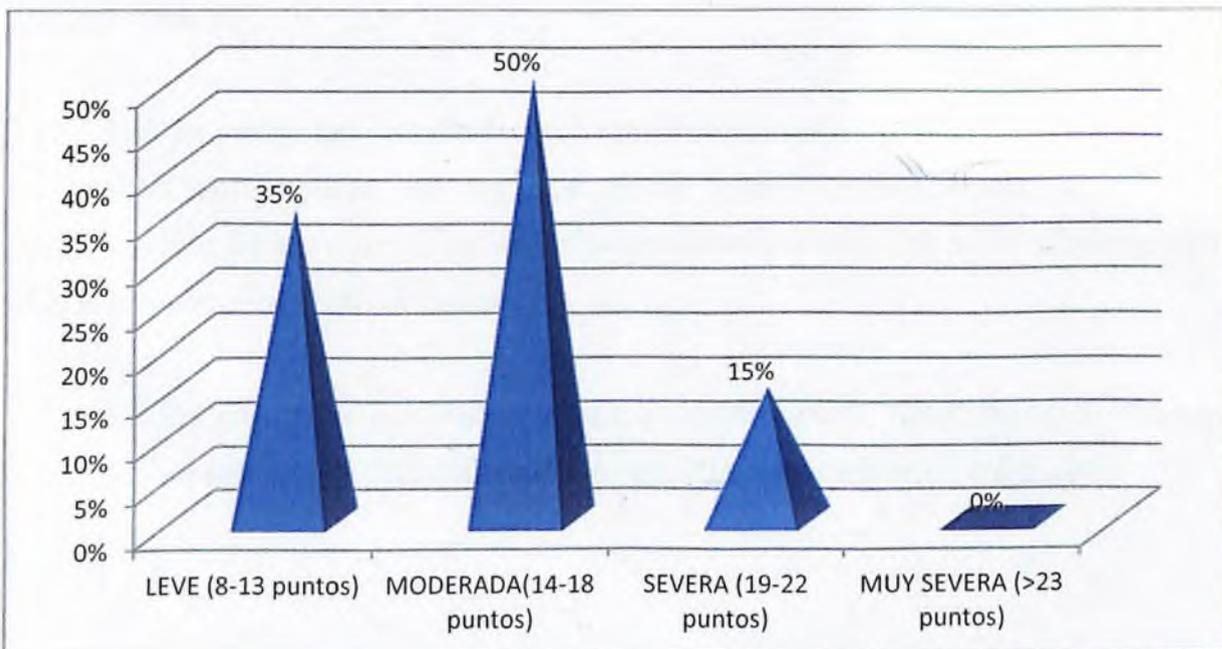
HORMONAS TIROIDE		
	LEVOTIROXINA	2

BLOQUEADOR H2		
	RANITIDINA	1

Fuente: directa.

De los fármacos utilizados por los pacientes estudiados, el de mayor prevalencia fue antihipertensivo, de los cuales 8 usan calcio antagonista, 6 usan IECA, 5 usan ARA II y usan betabloqueador. De los antiagregantes plaquetarios, 4 pacientes usan clopidogrel y 3 usan ácido acetil salicílico. Dos pacientes usan diuréticos, dos usan hormona tiroidea, 7 usan hipoglucemiantes, de ellos 4 usan hipoglucemiante oral y 3 endovenoso, 3 usan suplementos vitamínico y dos usan bifosfonatos. Los fármacos con menor prevalencia son bloqueadores H2, corticoesteroides y antibióticos.

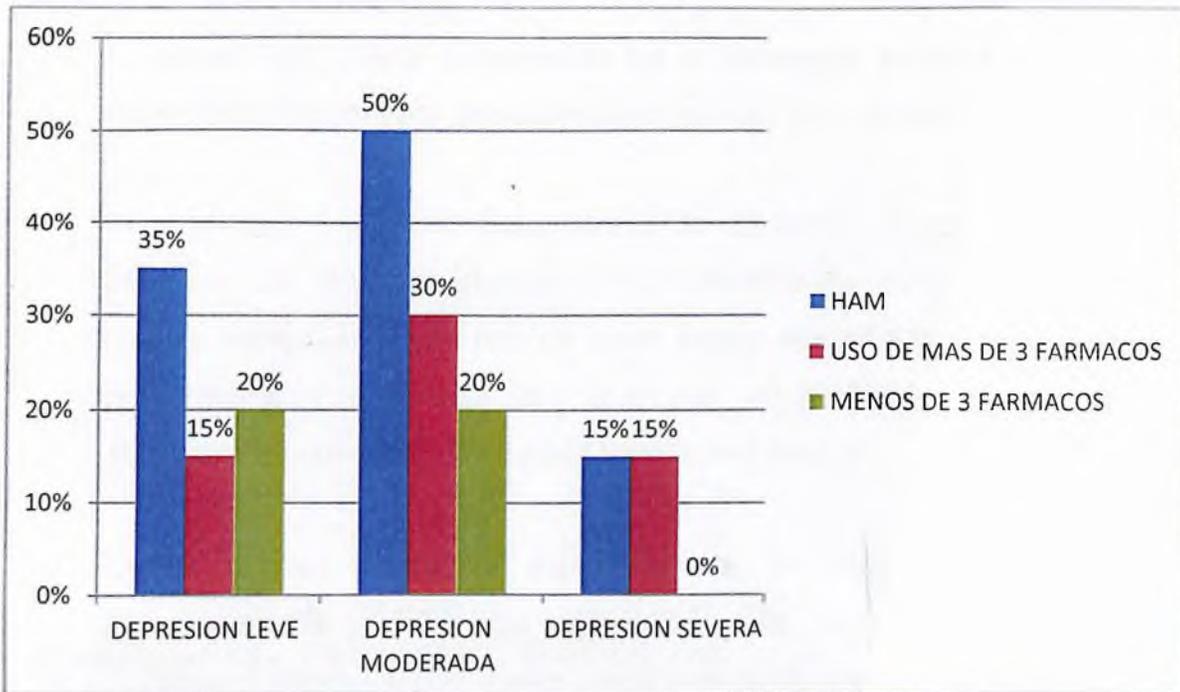
Grafico 5. Niveles de depresión según la escala de Hamilton en los pacientes con polifarmacia en la depresión con demencia vascular.



Fuente: directa.

Los reportes obtenidos por escala de Hamilton para la depresión refleja una mayor prevalencia de depresión moderada con un 50 por ciento, seguida por la depresión leve con 35 por ciento y la depresión severa con 15 por ciento, destacando que 0 por ciento de los pacientes presentaba depresión severa.

Grafico 6. Relación de polifarmacia y depresión.



Fuente: directa.

De los pacientes estudiados con depresión leve según escala de Hamilton, 15% presentaba polifarmacia, de los que tenían depresión moderada, 30% presentaba polifarmacia y de los que cursaban con depresión severa 15% presentaba polifarmacia, esto representa un 60% de los casos.

De los pacientes que no presentaban polifarmacia, cero por ciento cursaba con depresión severa, 20 % con depresión leve y 29% con depresión moderada.

IX. DISCUSIÓN

Analizando los datos recolectados en nuestro estudio, encontramos que:

- La edad predominante estuvo en el rango de 70-79 años, corroborando con los textos que describen la edad promedio de vida en 75 años.
- El género con mayor prevalencia fue el femenino, según se describe, este es más afectado tanto por la depresión como por la polifarmacia.
- La profesión con mayor prevalencia de depresión y polifarmacia fue ama de casa con un 75%, observando como esta cifra disminuye drásticamente en los que se dedicaban a otro tipo de labor, según describe la literatura los índices de polifarmacia y depresión son menores en las personas con mayor nivel académico y con mayor actividad funcional y mental.
- Dentro de las patologías concomitantes, en este estudio se evidencia la prevalencia de la HTA, ACV y DM, lo que coincide con estudios y textos publicados como las principales causas de polifarmacia.
- Entre los fármacos que los pacientes utilizaban de manera concomitante, se destaca la predominancia de los antihipertensivos como betabloqueadores, calcioantagonistas, IECA, al igual que los diuréticos y corticoesteroides, fármacos asociados altamente con la aparición de síntomas depresivos.
- Según los reportes de la escala de Hamilton, en este estudio el nivel de depresión moderada tuvo mayor prevalencia; la literatura describe en ancianos síntomas depresivos de leve a moderado.
- Este estudio demostró la coexistencia de polifarmacia en los pacientes con depresión en demencia vascular, principalmente en la depresión moderada, como lo refiere la literatura.

X. CONCLUSIONES

- ✓ La edad promedio estuvo en el rango entre 70-79 años con un 40%.
- ✓ El sexo femenino tiene una mayor prevalencia de depresión y polifarmacia con un 80%.
- ✓ Los pacientes con mayor nivel académico y mayor actividad funcional y mental tienen menor prevalencia de polifarmacia y depresión.
- ✓ Las comorbilidades y la pluripatología están altamente relacionada con la coexistencia de polifarmacia y la depresión.
- ✓ La HTA, los ACV y la DM tienen una alta prevalencia de polifarmacia y depresión.
- ✓ Es interesante el uso concomitante de fármacos antihipertensivos, diuréticos y corticoesteroides en pacientes con depresión, siendo estos fármacos inductores de síntomas depresivos.
- ✓ El nivel de depresión predominante es moderada.
- ✓ Existe polifarmacia en el 60 % de los pacientes con depresión en demencia vascular que fueron estudiados.

XI. RECOMENDACIONES

Con previo análisis de los datos estudiados en el marco conceptual, se considera elaborar las siguientes recomendaciones:

- Realizar más investigaciones en paciente ancianos teniendo en cuenta las características del envejecimiento.
- Fomentar la asistencia del paciente anciano a una médico cabecera con la finalidad de disminuir la duplicidad de prescripciones y por ende la polifarmacia.
- Valorar las interacciones terapéuticas a la hora de prescribir fármacos en el paciente anciano.
- Valorar los efectos adversos farmacológicos a la hora de prescribir fármacos en el paciente anciano.
- Como médico, reducir al máximo el número de fármacos a tomar por el paciente a la hora de prescribir.
- Crear campañas que fomenten el envejecimiento saludable. Esto disminuiría la incidencia de polifarmacia y pluripatología.

XII. REFERENCIAS

1. Reyes-Gómez L. El Maltrato en los Ancianos/Etnogerontología; Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas (México) 2000.
2. Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. <<Depresión en ancianos>> Curso de Formación Continuada en Geriatria 2001; 3: 4-12.
3. Lázaro M. <<Indicadores sanitarios>> Geriatria XXI, análisis estadístico de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Sociedad Española de Geriatria 2000; 3: 97-98.
4. Torres R, Vásquez O. <<Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano>> Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Monografías en Geriatria. Depresión en el anciano. Eds Glosa, Barcelona 2002, 23-26.
5. Henderson AS, Jorm AF, Mackinnon A et al: The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using draft ICD-10 and DSM III R. *Psychol Med* 1993; 23: 719-729.
6. Hubbard RE, Peel NM, Scott IA, Martin JH, Smith A, Pillans PI, Poudel A, Gray LC. Polypharmacy among inpatients aged 70 years or older in Australia. *Med J Aust.* 2015 Apr 20; 202(7):373-7.
7. Nina, R.E., Manual Introducción a la Psicopatología, 2001. Segunda Edición. Ancom, S.A. Santo Domingo, R.D.
8. Cacabelos, Ramón. Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica. 1991. J.R. Prous, S. A. Barcelona, España.
9. Elmståhl S¹, Stenberg I, Annerstedt L, Ingvad B Behavioral disturbances and pharmacological treatment of patients with dementia in family caregiving: a 2-year follow-up. *Int Psychogeriatric.* 1998 Sep; 10(3):239-52.
10. Alberca, R., López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias 3ª. Edición Tomo I-III. Editorial Médica Panamericana. 2007. México. D.F.
11. Mangone, C.A., Allegri, R.F., y otros. Enfermedad de Alzheimer Enfoque Actual. 2000. Ediciones Libros de la Cuadriga, República de Argentina.

12. Nina R, Rodríguez O, et al, "Maltrato en la vejez dominicana". Rev Cuadernos de trabajo a la Primera Convocatoria de REDFAM 2000; Proyecto Atlanta Puerto Rico, 1:1-2.
13. Luengo Márquez, C. Romero Rizos L. <<Los Grandes Síndromes Geriátricos. Qué son?, Por Qué interesan?, Quién debe conocerlos?>> Ribera Casado J. **Avances en Geriatria**. Las Palmas de Gran Canaria, España.: GAFOS S.L. Cap 12: 227-245.
14. Jiménez F. <<La geriatría como concepto: Historia y actualidad>> Ribera Casado J. **Avances en Geriatria**. Las Palmas de Gran Canaria, España.: GAFOS S.L. Cap 1: 3-17.
15. Gómez J. <<aspectos demográficos y envejecimiento>>. López J., Cano C. y Gómez C. **Fundamentos de Medicina. Geriatria**. Colombia: Corporación para Investigación Biológica. 2006: 3-8.
16. Bautista MS. Prevención y detección del maltrato en el adulto mayor, [publicación en línea]. 21 nov 2012; Se consigue en: URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/AbusoMaltrato.pdf>.
17. Guía Clínica para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. 2001. Psiquiatría Editores, S.I. Barcelona, España.
18. Alberca, R. , López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias 3ª. Edición Tomo I-III. Editorial Médica Panamericana. 2007. México. D.F.
19. Meza R. Teraiza. << Depresión Como Entidad Médico-Psiquiátrica>> Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 2 / 2008.
20. Alarcón R. <<Trastornos Depresivos>>. López J., Cano C. y Gómez C. **Fundamentos de Medicina. Geriatria**. Colombia: Corporación para Investigación Biológica. 2006: 519-525.
21. OMS: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope.
22. Katona C. watkin V. Livingston G. <<Enfermedades Psiquiátricas funcionales de la Vejez>> Tallis R., Fillit H. Brucklehurst's Geriatria. 6ta ed. Madrid, España: Marbán Libros, S. A. 2007: 1229-1268

23. Wragg RE, Jester DV. <<Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease>> Am J Psychiatry 1989; 146: 577-586.
24. Ballard CG, Patel A, Solis M et al. <<A one year follow-up study of depression in dementia sufferers>> Br J Psychiatry 1996; 168: 287-291.
25. Cabrera Alemany A. Muralles Bassedas R. <<Depresión en el anciano>> Ribera Casado J. Avances e Geriatria. Las Palmas de Gran Canaria, España.: GAFOS S.L. Cap 20: 361-380.
26. Ocampo J. <<Aspectos farmacológicos y reacciones medicamentosas>>. López J., Cano C. y Gómez C. Fundamentos de Medicina. Geriatria. Colombia: Corporación para Investigación Biológica. 2006: 128-132.
27. Fernández N. Díaz D. Pérez B. Rojas A. <<polifarmacia en el anciano>> en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act08102.htm
28. American Psychiatry Association (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3a. ed. Washington: APA.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Formulario de recolección de datos.

DOCUMENTO FUENTE DE LA INVESTIGACIÓN:

DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA VASCULAR

POR: Dr. Joaquín Cruz y Dra. Rose Nina

Datos Personales: Nombre: _____

de caso: _____

Edad: _____

Sexo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS:

Escala de Hamilton de Depresión: Valor y Nivel

Imagen: RM:

Evolución:

Fecha:

DIAGNOSTICO:

Fecha y Firma:

XIII.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}
Elección del tema	x																			
Búsqueda de información bibliográfica		X	X	x																
Elaboración						X	X	X	x											
Recolección de información										X	X	x								
Recolección de procedimientos												x	X	x						
Tabulación y análisis												X	x	x						
Redacción														X	x	x				
Encuadernación																	x			
entrega y presentación																		x		

XIII.3. consentimiento informado.

**PLAZA DE LA SALUD
INVESTIGACIÓN
DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA VASCULAR**

Por: Dr. Joaquín Cruz Sánchez, Dra. Rose Emily Nina

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

YO _____ cédula de
identidad y electoral _____. Voluntaria y
conscientemente, doy mi consentimiento para participar en la **INVESTIGACIÓN: Depresión en
la Demencia Vascular** cuyo proceso de aplicación fue conducido por:
_____. Por este medio expreso que recibí una explicación clara y completa
de la naturaleza general y de los propósitos de la investigación, así como de la razón específica
por lo que se me somete a esta. También recibí información sobre los tipos de medicamentos y
otros procedimientos que van a aplicarse y la forma en que se utilizarán los resultados.

Estoy consciente que puedo dar por terminada mi participación en la investigación en el
momento en que los considere sin recibir ninguna penalidad. Entiendo que me informarán sobre
los resultados y estos se manejarán con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se
le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada. En este momento autorizo a
que se utilice copia de los resultados en:

Nombre de la persona que participa:

Firma de la persona que participa

Nombre de la persona responsable:

Firma de la persona responsable

Fecha: _____

XIII.3 Escala de Hamilton para la depresión.

0. No, nunca

1. Algunas veces, 1 vez por semana

2. Bastantes veces, más de 4 días por semana

3. Casi todos los días, 6 días a la semana

4. Siempre. Escala de Hamilton para la depresión.

	Que has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes?:	N	A	B	C	S
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>				
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>				
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>				
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>				
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>				

9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="checkbox"/>				
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="checkbox"/>				
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>				
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="checkbox"/>				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).	<input type="checkbox"/>				
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				

┌

Puntuación total	
Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

XIII.5. Costos y recursos

PARTIDAS	COSTO UNITARIO (RD\$)	COSTO TOTAL (RD\$)
Curso metodológico	6,000.00	6,000.00
Combustible		5,000.00
Fotocopias	2.00	500.00
Papel Bond 20	130.00	260.00
Tinta de impresión	580.00	1,160.00
Espiral	50.00	100.00
Pasta		2000,00
Total Neto		15,020.00

Los costos totales de la investigación serán cubiertos por el sustentante.



HOSPITAL GENERAL
DE LA PLAZA DE LA SALUD

2 de Diciembre 2011.

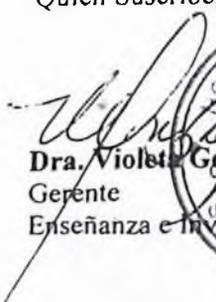
Señor/a
Dr. Joaquín Cruz Sánchez
Dra. Rose E. Nina
Psiquiatras Unidad Salud Mental

Distinguidos Doctores:

Después de un cordial saludo, nos place informarles que su proyecto de Investigación “**Depresión en la Demencia Vascular**”, ha sido aprobado con las correcciones sugeridas por el Comité de Ética de la Investigación. Esperamos que el resultado de este trabajo sea beneficioso para los usuarios del servicio de la Unidad de Salud Mental de nuestro Hospital.

En lo adelante, nos reiteramos a sus órdenes para los fines que ustedes consideren pertinentes.

Quien Suscribe,

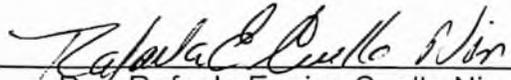

Dra. Violeta González
Gerente
Enseñanza e Investigación



Hospital General de la Plaza de la Salud

Ensanche La Fé, Santo Domingo, República Dominicana, Apartado Postal 5072 • Tel.: (809)-565-7477 • Fax: (809)-683-5712
E-mail: administracion@hgps.com.do

Sustentante


Dra. Rafaela Eunice Cuello Nin

Asesores


Dra. Claridania Rodriguez
(Asesor Metodológico)

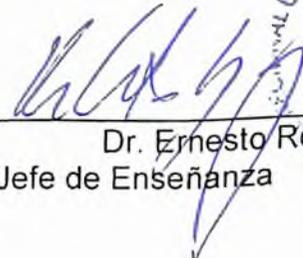

Dra. Rose Nine E.
(Asesor Clínico)

Jurados

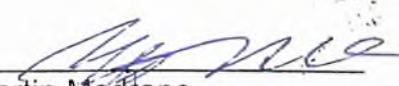




Autoridades


Dr. Ernesto Rodriguez
Jefe de Enseñanza




Dr. Martin Medrano
Coord. Residencia de Geriatria




Dr. Jose Javier Asifis Zalter
Decano Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)



Fecha de Presentación: 8/15/2015
Calificación: 95