



Germanes
Hospitalàries
SAGRAT COR SSM



UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Uso de antidepresivos en la demencia

Manel Sánchez Pérez
Unitat de Psiquiatria Geriàtrica
Hospital Sagrat Cor, Martorell



CAMFiC
unitat catalana de medicina
familiar i comunitària



Germanes
Hospitalàries
HOSPITAL SAGRAT COR

V Jornada de la demència en l'Atenció Primària

DIAGNÒSTIC PRECOÇ I CELERITAT D'ACTUACIÓ

24 de Febrer de 2015 - CAMFiC - Diputació 316, Barcelona

Depresión en el anciano epidemiología



- 3 % en la comunidad
- 5 % en atención primaria
- 15-25 % en residencias
- 25 % tras ACV
- 25 % en enfermedad de Alzheimer
- 33 % en enfermedad de Parkinson

Depresión y demencia



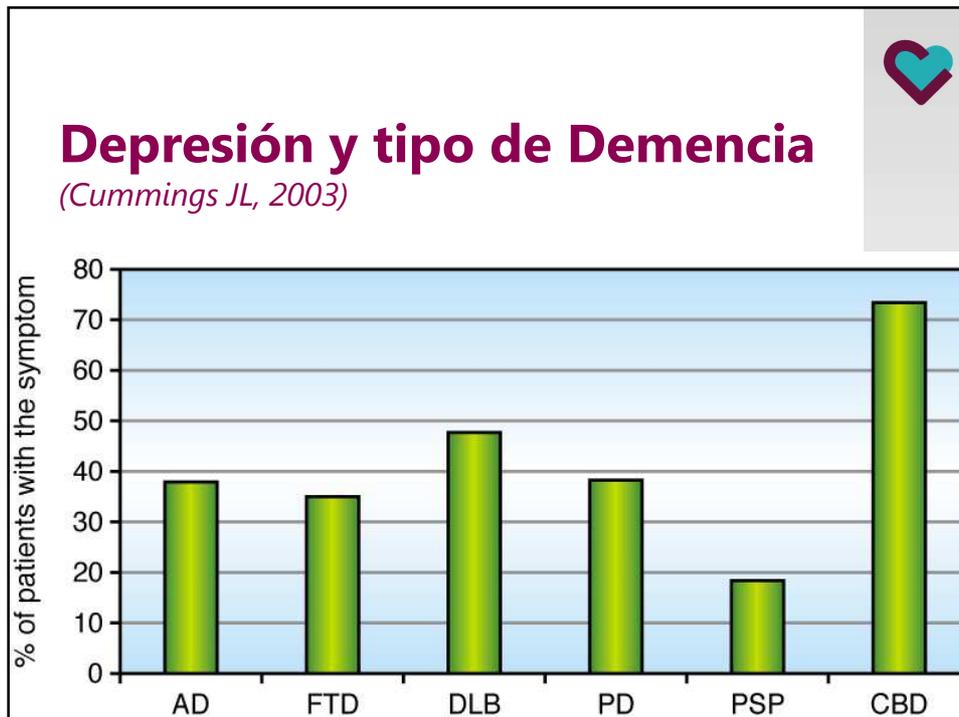
- Depresión sin afectación cognitiva
- Síndrome demencial de la depresión
- Depresión seguida de demencia
- Depresión como inicio de demencia
- Síntomas depresivos en la demencia
- Demencia sin trastorno afectivo

Depresión en Demencia



Depresión en población con demencia	26,5 %
Demencia vascular	33,3 %
Demencia tipo Alzheimer	21 %
Demencia mixta	20 %
Demencias secundarias	37,5 %

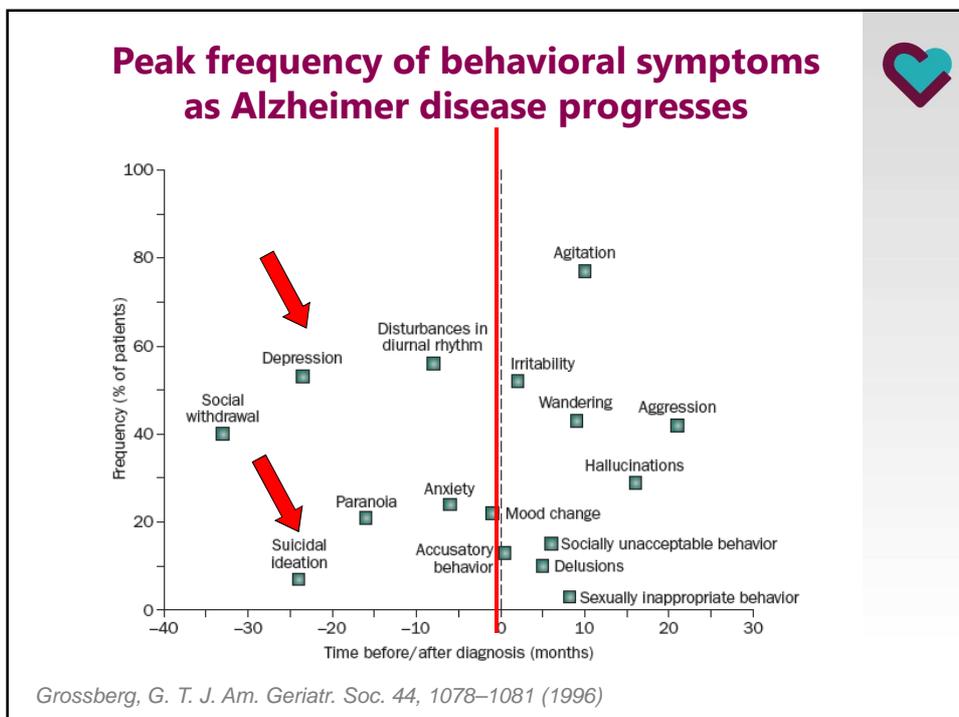
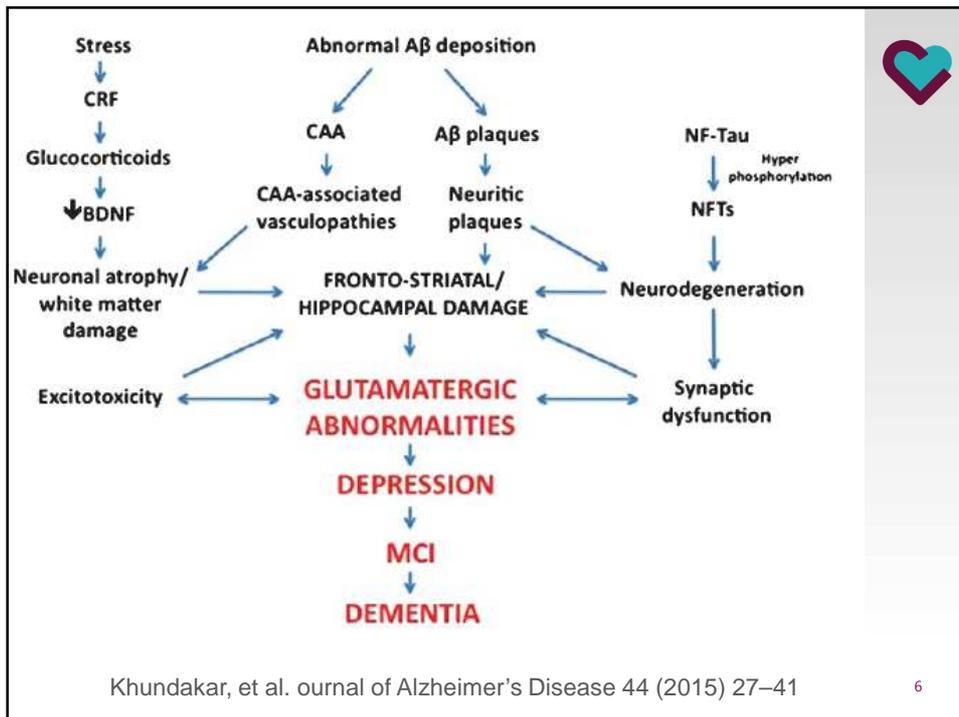
Vilalta et al.,1998, Psiquiatría.com, vol.2 n° 3



Estudio Islington II: morbilidad

	Domicilio	Residencia	Total
N =	1031	54	1085
Demencia	69 (7 %)	38 (70 %)*	107 (10 %)
Depresión	164 (17 %)	3 (19 %)	167 (17 %)
Limitación funcional	258 (32 %)	11 (85 %)*	296 (33 %)
Bien	540 (52 %)	2 (4 %)	542 (50 %)

*p < 0001 Nelson T, et al., Age Ageing 2002, 3(6): 445-450



Síntomas depresivos según el grado de la Demencia



Demencia leve

- Disforia
- Reducción apetito
- Ideas de culpa
- Ideación suicida

Demencia severa

- Pérdida de energía
- Pensamiento empobrecido
- Pérdida de interés
- Empeoramiento en la concentración

Criterios de para el diagnóstico de depresión en una demencia de tipo Alzheimer (Olin et al., 2002)



A. Al menos 3 de los siguientes:

1. Humor deprimido clínicamente significativo *
2. Afecto o placer positivo disminuido en respuesta al contacto social o a las actividades cotidianas
3. Aislamiento o retirada social
4. Disrupción en apetito
5. Disrupción en sueño
6. Cambios psicomotores **
7. Irritabilidad
8. Fatiga o pérdida de energía
9. Sentimientos de inutilidad, desesperanza o culpa
10. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

***Síntomas presentes al menos 2 semanas, que afectan al funcionamiento del paciente, y, al menos uno es: 1. Humor depresivo ó 2. Afecto o placer positivo disminuido**

****No se incluirán síntomas relacionados claramente con otra enfermedad médica o que sean claramente síntomas no afectivos de la demencia (ej: pérdida de peso por dificultades en la ingesta)**

Criterios de para el diagnóstico de depresión en una demencia de tipo Alzheimer (Olin et al., 2002)



- B. Se reúnen todos los criterios para el diagnóstico de DTA
- C. Los síntomas causan un distrés o disrupción clínicamente significativo en el funcionamiento
- D. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de un *delirium*
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia
- F. Los síntomas no se deben a otros diagnósticos psiquiátricos mayores en el eje I

Especificar: Con Psicosis de la DTA / Con otros SCPD significativos / Con Historia previa de T. Afectivo

Síndrome de vulnerabilidad emocional en demencia (Verhey & Visser, 2000)



- Los pacientes con demencia presentan mayor dependencia emocional del ambiente
- Pequeños cambios ambientales tienden a generar mayores niveles de estrés con respuestas de peor estado de ánimo, ansiedad y mayor preocupación
- Cuando el ambiente se normaliza, los pacientes refieren menos síntomas depresivos

Depresión en Demencia

Implicaciones clínicas



- Es un factor de mal pronóstico: comporta institucionalización prematura e incremento de la morbi-mortalidad
- Aparece más a menudo en fases iniciales de la demencia
- Los síntomas más frecuentes son el humor depresivo, la anhedonia, la hipoactividad, apatía, insomnio y anorexia
- Responde al tratamiento antidepresivo

Depresión en Demencia

Implicaciones clínicas



- Los episodios depresivos en pacientes con demencia remiten espontáneamente en un gran % de casos (*Reifler et al, 1989 ; Ballard et al, 1996*)
- En ausencia de signos de gravedad (*episodios previos, riesgo de suicidio, rechazo de la ingesta*), puede esperarse un tiempo (4 semanas) para iniciar el tratamiento
- Medidas psicosociales (p.e. evitar situaciones de soledad) pueden revertir los síntomas por sí mismas

Suicidio en pacientes con demencia



FACTORES DE RIESGO (Vega et al., 2002)

- Severidad de la Depresión
- Mayor grado de *insight* (revelación del diagnóstico)
- Mayor capacidad de planificación (ausencia de apatía)
- Intentos previos de suicidio

14

Disfunción cognitiva como factor de riesgo de suicidio (Osvath et al., 2005)



- La disfunción cognitiva leve o la demencia leve son frecuentes en los intentos suicidas
- La asociación de dos entidades frecuentes en la edad avanzada (depresión y disfunción cognitiva) incrementa el riesgo de suicidio
- **La afectación de la capacidad cognitiva reduce la posibilidad de afrontar conflictos y aumenta las respuestas catastróficas**

15

Reacción Catastrófica



- Reacción desproporcionada ante situaciones de pérdida de capacidad de respuesta.
 - Componente emocional (miedo, irritabilidad, tristeza) y conductual (agitación).
- Escasamente estudiada.
- Más frecuente en entornos más estimuladores (Ej. Unidades de Demencia, Hospitales de Día).
- Necesidad de formar a los cuidadores.

16

Tratamientos para la depresión en la Demencia



- Terapias no farmacológicas
- Psicofármacos
- Terapia electroconvulsiva
- Otras terapias

17

Síntomas	Intervenciones no farmacológicas
Síntomas psicológicos y conductuales de la Demencia	Estimulación cognitiva / entrenamiento cognitivo Tratamiento conductual Manipulación ambiental Aromaterapia Terapia lumínica Música / Musicoterapia Actividad física Terapia de orientación a la realidad Terapia de reminiscencia Snoezelen / estimulación multisensorial TENS Terapia de validación Terapia asistida por Animales

Terapia Electroconvulsiva en ancianos

Indicaciones

- Riesgo elevado de suicidio
- Contraindicación en el uso de antidepresivos
- Depresión con síntomas psicóticos
- Depresión resistente
- Estado general crítico (rechazo ingesta)
- Enfermedad de Parkinson
- Prevención de recaídas (TEC-M)



Terapia Electroconvulsiva (TEC)



Condiciones asociadas a demencia sensibles a tratamiento con TEC

- Enfermedad de Alzheimer
- Manía
- Agitación
- Enfermedad de Parkinson
- Corea de Huntington
- Demencia vascular

(Myronuk , Illing & Geizer, 1997)

Uso de antidepresivos en pacientes con demencia



Indicaciones

- Depresión
- Agitación
- Ansiedad
- Agresividad
- Pérdida de peso
- Alteraciones del sueño

Fármacos para la agitación/agresividad en enfermedad de Alzheimer.

Ensayos clínicos en curso

- **Citalopram**
- Mibampator
- Aripiprazol
- Memantina
- **Escitalopram**
- Topiramato
- Valproato
- Prazosín
- Melatonina
- Oxcarbazepina
- Scylo-inositol
- Brexpiprazol
- Δ -9-tetrahidrocannabinol
- Dextrometorfano/quinidina

Soto M, et al, *International Psychogeriatrics*, **2015**; 27(2): 181-197

22

Uso de antidepresivos en pacientes con demencia

- Tratamiento con antidepresivos (OR: 3,59)
 - Con demencia 29,4 %
 - Sin demencia 10,7 %
- Aumento prevalencia del tratamiento con el tiempo desde el diagnóstico (no con la edad)
- 90,4 % junto con tratamientos antidemencia

Laitinen, MJ, et al, 2014

23

Table 3. NPI items associated with antidepressant prescription at inclusion in the REAL.FR cohort (n = 686)



NPI ITEMS SCORES ^a	PATIENTS WITH ANTIDEPRESSANT TREATMENT N (%)		p ^b
	<4	≥4	
Depression	156 (28.8)	81 (57.5)	<0.0001
Agitation/aggression	188 (34.9)	50 (34.3)	0.8753
Delusions	212 (34.2)	26 (40.6)	0.3038
Hallucinations	228 (34.4)	10 (47.6)	0.2102
Apathy	119 (30.5)	119 (40.5)	0.0068
Anxiety	160 (30.8)	78 (47.6)	<0.0001
Irritability	183 (33.7)	55 (39.0)	0.2386
Disinhibition	228 (34.8)	10 (35.7)	0.9170
Aberrant motor behavior	185 (33.1)	53 (42.4)	0.0483
Sleep disturbances	205 (33.9)	33 (41.8)	0.1663
Appetite disturbances	187 (33.8)	50 (39.1)	0.2557

^aNPI = Neuropsychiatric Inventory.
^b χ^2 test.

Arbus, et al., International Psychogeriatrics (2010), 22:1, 120–128

24

Table 1. Antidepressant use among community-dwelling persons with and without Alzheimer's disease (AD)

VARIABLE	PERSONS WITH AD N = 28,089		PERSONS WITHOUT AD N = 28,089		ODDS RATIO ^a	(95% CI)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
All	8,250 (29.4)	3,003 (10.7)	3,54	(3.38–3.70)		
Men	2,009 (22.2)	682 (7.5)	3.56	(3.24–3.91)		
Women	6,241 (32.8)	2,321 (12.2)	3.53	(3.35–3.72)		
<65	244 (31.9)	67 (8.8)	4.99	(3.69–6.76)		
65–74	1,365 (29.1)	327 (7.0)	5.61	(4.92–6.38)		
75–84	4,762 (29.7)	1,691 (10.5)	3.64	(3.43–3.87)		
85+	1,879 (28.6)	918 (14.0)	2.50	(2.29–2.73)		
ANTIDEPRESSANT CLASS (ATC CODE)						
SSRIs (N06AB)	6,021 (21.4)	1,868 (6.7)	3.89	(3.68–4.11)		
Other antidepressants (N06AX)	2,481 (8.8)	975 (3.5)	2.71	(2.51–2.93)		
Tricyclic antidepressants (N06AA)	339 (1.2)	416 (1.5)	0.81	(0.70–0.94)		
MAO A inhibitors (N06AG)	40 (0.1)	27 (0.1)	1.48	(0.91–2.42)		
ANTIDEPRESSANT DRUG						
Citalopram	4,045 (14.4)	1,221 (4.3)	3.75	(3.51–4.01)		
Mirtazapine	2,016 (7.2)	721 (2.6)	2.95	(2.71–3.22)		
Escitalopram	1,254 (4.5)	343 (1.2)	3.79	(3.36–4.28)		
Sertraline	445 (1.6)	142 (0.5)	3.18	(2.63–3.84)		
Venlafaxine	308 (1.1)	131 (0.5)	2.37	(1.93–2.92)		
Fluoxetine	258 (0.9)	136 (0.5)	1.91	(1.55–2.35)		
Amitriptyline	163 (0.6)	204 (0.7)	0.80	(0.65–0.98)		

^aAdjusted for psychosis.

25

Efectos adversos por antidepresivos en el anciano



		Patología médica activa	
		Ausente	Presente
Edad	< 60	13 %	43 %
	> 60	26 %	53 %

Nelson, JC, et al. 1990



Criterios de Beers para antidepresivos en ancianos

Antidepresivo	Justificación	Recomen- dación	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Amitriptilina Clordiacepóxido + amitriptilina (combinados) Clomipramina Doxepina > 6 mg/día Imipramina + perfenazina (combinados) Trimipramina	Muy anticolinérgicos, sedantes, causan hipotensión ortostática. Doxepina en dosis ≤6 mg/día es comparable al placebo.	Evitar	Alta	Fuerte

27

Criterios de Beers 2012 para fármacos potencialmente inadecuados que deben ser administrados con precaución	
Antidepresivos <i>Mirtazapina</i> <i>Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetine</i> ISRS <i>Tricíclicos</i> Otros Antipsicóticos Carbamazepina Vincristina, cisplatino, carboplatino	Pueden causar o exacerbar SIADH o hiponatremia, monitorizar niveles de sodio al iniciar tratamiento o cuando se cambia de dosis. Evidencia: moderada Recomendación: fuerte
Criterios STOPP para el uso de antidepresivos en ancianos <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos en pacientes con demencia producen riesgo de empeoramiento de deterioro cognitivo • Antidepresivos tricíclicos en pacientes con glaucoma, trastornos de la conducción, estreñimiento, retención urinaria, uso con opiáceos, o antagonistas del calcio, prostatismo o retención aguda de orina • IRSS con antecedente de hiponatremia clínicamente significativa (hiponatremia inferior de 130mmol/ no yatrogénica en los 2 meses anteriores) 	



28

ISRS y riesgo de osteoporosis
<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de fractura ósea en ancianos en tratamiento con ISRS es 2.1 veces mayor que en los no tratados • El riesgo se mantiene a los 5 años • Reducción densidad ósea: 0,82 % (ISRS) y 0,47 % (ATC) • Los ISRS son factor de riesgo independiente para fracturas en pacientes con osteoporosis o en riesgo de padecerla <p style="text-align: center;"><i>Richards et al., Arch Intern Med 2007 167(2):188-94</i></p>



Antidepresivos e hiponatremia



Factores de riesgo que favorecen la hiponatremia con el uso de ISRS

- edad avanzada (>65 años)
- sexo femenino
- toma concomitante de diuréticos (sobre todo tiazidas) u otras medicaciones que produzcan hiponatremia,
- bajo peso corporal
- niveles plasmáticos de sodio (previos al inicio del tratamiento con ISRS) en el límite bajo de la normalidad

30

Riesgo de suicidio con ISRS en ancianos



- El riesgo relativo de suicidio es mayor tras instaurar un tratamiento con ISRS
- El tipo de suicidio es más violento
- El riesgo diferencial con respecto a otros AD se centra en el primer mes (4,8:1)
- El incremento del riesgo no afecta a las mujeres

Juurlink et al., Am J Psychiatry 2006; 163:813-821

31

Psicofármacos y riesgo de suicidio en ancianos



Riesgo de suicidio ajustado por edad, sexo e indicación

Psicofármacos	OR (95 %)
Cualquier antidepresivo	0.9 (0.2 – 3.2)
ISRS	0.8 (0.2 – 2.9)
Antipsicóticos	2.7 (0.8 – 10.1)
Ansiolíticos	4.4 (1.3 – 15.2)
Hipnóticos	4.2 (1.6 – 11.0)

Carlsten A, Waern M. *BMC Geriatrics* 2009, **9:20**, doi:10.1186/1471-2318-9-20

32

FÁRMACO

RESPUESTA

Clomipramina	82 %
Moclobemida	72 %
Citalopram	60 %
Maprotilina	42 %
Fluoxetina	53 %
Sertralina	75 %
Placebo	24 a 59 %



autor, año	muestra	fármaco	tiempo	resultados
Reifler, 1989	61, EA	Imipramina vs placebo	8 semanas	No diferencias Imipramina empeoró función
Nyth & Gottfries, 1990	96, EA, DV	Citalopram 20 mg. vs placebo	1 – 4 semanas	DV no significat. EA, mejoría
Nyth et al. 1992	149 demencia leve/moderada	Citalopram ≤30 mg vs placebo	6 semanas	Citalop=50-60% Placebo = 30 %
Olafsson et al. 1992	46 EA, DV	Fluoxetina vs placebo	6 semanas	No diferencias No escala valida
Fuchs et al. 1993	127 EA	Maprotilina ≤75 mg vs placebo	8 semanas	No diferencias significativas
Roth et al. 1996	694 demencias con o sin depr.	Moclobemida 400 mg. vs placebo	6 semanas	Mejor con tto. = efectos 2os.
Petracca et al. 1996	24 probable EA	Clomipramina ≤ 100 mg vs placebo	6 semanas	Clomipr = 82 % Placebo = 30 % 70 % clom. Ef.2

autor, año	muestra	fármaco	tiempo	resultados
Taragano et al. 1997	24 probable EA	Fluoxetina 10 mg./ amitriptilina 25 mg	45 días	Igual eficacia Flu. 78% compl Ami 42% compl
Katona et al. 1998	198 demencias DSM –III R	Paroxetina ≤40 mg Imipramina ≤100	8 semanas	No diferencias pero mejor CSDD paroxet.
Lyketsos et al. 2000	22 EA	Sertralina 25-125 mg. vs placebo	12 semanas	Sertralina mejor que placebo
Raji & Brady, 2001	3 EA, 1 MCI	Mirtazapina		Mejoría clínica (sueño, peso)
Rao V, et al. 2006	15 EA	Escitalopram (10-20 mg)	8 semanas	75 % mejoría clínica
Petracca et al. 2001	41 EA probable	Fluoxetina 10-40 mg vs placebo	6 semanas	Flu 47 % eficaz Placebo 33 %
Banerjee S, et al. 2011	326 EA NINCS-ADRDA	Mirtazapina 45 mg Setralina 150 mg vs placebo	39 semanas	No diferencias significativas
Rao & Lyketsos 2000	31 EA, DV	TEC 1 a 23 sesiones		40 % respuesta 49 % delirium

Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial *Lancet 2011; 378: 403–11*



Sube Banerjee, Jennifer Hellier, Michael Dewey, Renee Romeo, Clive Ballard, Robert Baldwin, Peter Bentham, Chris Fox, Clive Holmes, Cornelius Katona, Martin Knapp, Claire Lawton, James Lindsay, Gill Livingston, Niall McCrae, Esme Moniz-Cook, Joanna Murray, Shirley Nurock, Martin Orrell, John O'Brien, Michaela Poppe, Alan Thomas, Rebecca Walwyn, Kenneth Wilson, Alistair Burns

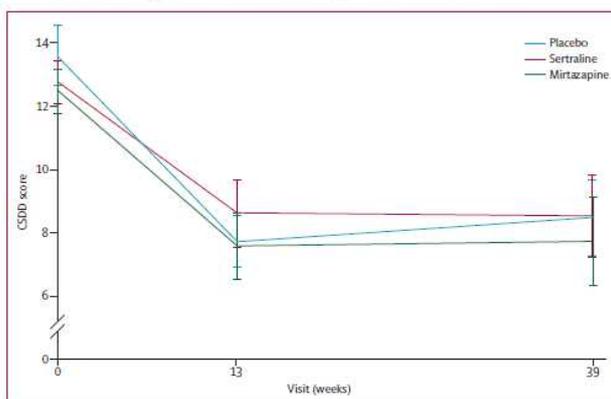


Figure 2: Unadjusted mean CSDD scores by treatment group
Lowest score is best. Error bars show 95% CIs. CSDD=Cornell scale for depression in dementia.

36

Antidepresivo	Dosis inicial (mg)	Dosis máxima	Ventajas	Inconvenientes
Citalopram	10 – 20	20	Menos interacciones	Anorexia/pérdida de peso / Riesgo prolongación de QT por encima de 20 mg
Sertralina	25	200	Menos interacciones	Si insuficiencia hepática no pasar de 200 mg
Escitalopram	5 - 10	10	Acción rápida Menos interacciones	Si insuficiencia renal o hepática grave, no pasar de 10 mg / Riesgo prolongación de QT por encima de 10 mg
Venlafaxina	37,5 – 75	225	Eficaz si fallan ISRS	Evitar en HTA no controlada y cardiopatías
Duloxetina	30	60	Mejoría del dolor	Evitar en Insuficiencia renal o hepática graves
Mirtazapina	7,5 - 15	45	Mejora el apetito y el sueño	Puede afectar a la cognición y favorecer el <i>delirium</i>
Trazodona	50	150	Mejora los trastornos del sueño	Controlar hipotensión ortostática si no se ingiere con alimentos
Bupropion	150	300	Mejora la inhibición No afecta la cognición	Precaución en diabetes, HTA, insuficiencia hepática o renal o con antiagregantes plaquetarios.

Trastorno bipolar en psicogeriatría manía secundaria



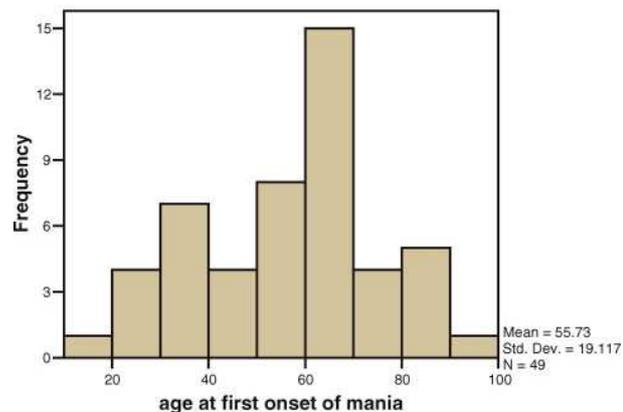
LESIONES SNC

- Traumatismos
- AVC (> hemisferio derecho)
- Tumores
- Corea de Huntington
- Enfermedad de Parkinson
- **Demencia (EA, DV, Pick)**

SUSTANCIAS

- Antidepresivos, alcohol
- Psicoestimulantes, BZD
- Corticoides, opiáceos
- Antiparkinsonianos
- Epilepsia (crisis parciales complejas)
- Endocrinopatías
 - Cushing
 - Hipertiroidismo
 - Hipotiroidismo
- Infecciones
 - Encefalitis
 - Sífilis tardía
 - SIDA
- Encefalitis urémica
- Postoperatorio cirugía mayor
- Shock eléctrico
- *Travel-induced Psychosis* (Linton-Warner, 2000)

Edad de inicio del primer episodio maniaco



Subramaniam et al, 2006

Trastorno Bipolar: Tipos

(Akiskal & Pinto, 1999)



- Tipo I: manía y depresión
- Tipo II: ciclotimia e hipomanía
- Tipo III: depresión e hipomanía inducida por fármacos
- Tipo IV: depresión tardía sobre temperamento hipertímico
- Tipo V: depresiones mixtas cíclicas
- Tipo VI: bipolaridad en demencia

Bipolaridad en la Demencia: ¿Trastorno Bipolar tipo VI?

(Akiskal HS et al., 2005)



- Inicio del trastorno del humor a los 60s-70s
- Personalidad premórbida "fuerte" (estilo de vida muy activo, líder)
- Indiscreciones sexuales recientes (meses)
- Episodios depresivos como *pseudodemencia*
- Evolución progresiva del déficit cognoscitivo
- El tto. (incluidos IACEs) puede incrementar la inestabilidad del humor o la irritabilidad
- El viraje a manía es infrecuente

Trastorno Bipolar de inicio tardío



Edad de inicio del primer episodio maníaco

Intervalo edad	N	%
< 20	4	8.69
20 – 39	16	34.78
40 – 64	11	23.91
≥ 65	17	36.95

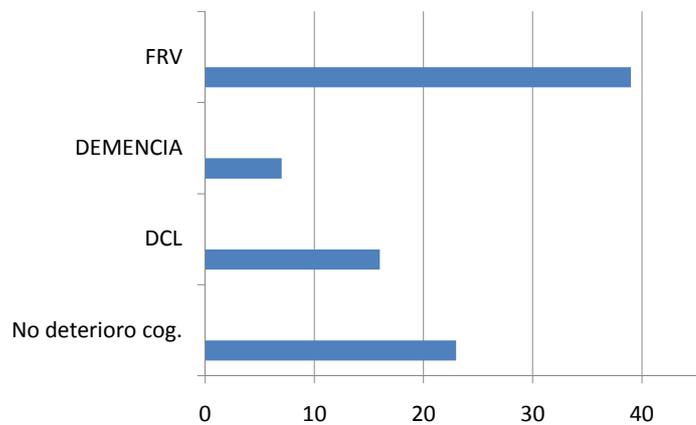
Sánchez, M; Félez, A, 2014

44

Trastorno Bipolar de inicio tardío



Comorbilidad



Sánchez, M; Félez, A, 2014

45



Trastorno bipolar en psicogeriatría Tratamientos para la manía y la profilaxis

- litio
- ácido valproico
- carbamazepina
- neurolepticos
- benzodiazepinas
- clonazepam
- calcioantagonistas
- clonidina
- TEC
- nuevos estabilizantes



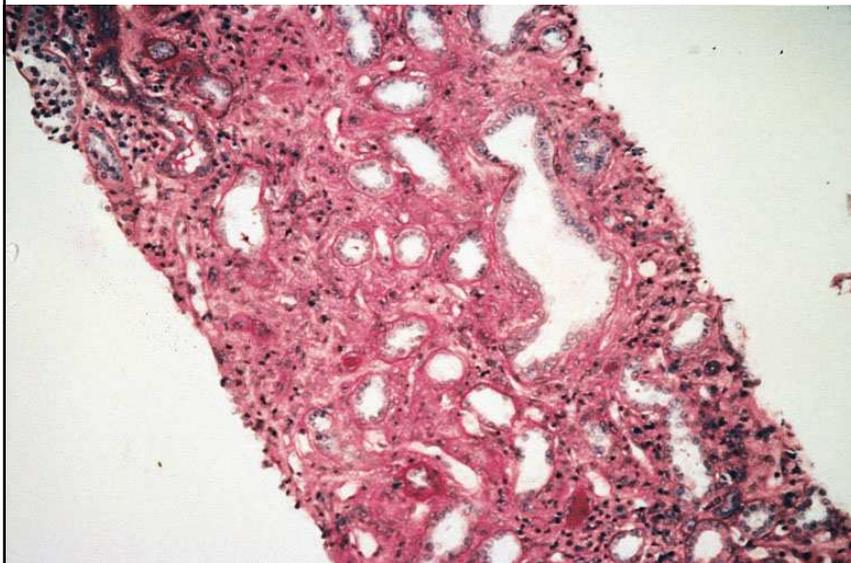
Trastorno bipolar en el anciano tratamiento con litio

Rangos de litemia en ancianos

- litemia mínima eficaz 0.4 mEq/l
- rango de litemia óptimo **0.4 - 0.8 mEq/l**
- límite superior 1.0 mEq/l
- nivel de toxicidad 1.5 mEq/l

Toxicidad por litio*Herrera de Pablo, et al., 2008*

Toxicidad	Aguda	Crónica
Cardiovascular	Prolongación QT Alteración ST y T	Miocarditis
Renal	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal Diabetes insípida nefrogénica Nefritis intersticial
Gastrointestinal	Náuseas y vómitos	Náuseas y vómitos
Neurológico	Temblor, ataxia, tinnitus, debilidad muscular, hiperreflexia, confusión, somnolencia, coma, convulsiones, extrapiramidalismo	Psicosis, parkinsonismo, HT craneal
Endocrino Hematológico cutáneo	Leucocitosis	Hipotiroidismo Anemia aplásica Dermatitis, úlcera, edema

**Lithium nephropathy**

The Schrier Atlas of Diseases of the Kidney

49

Utilización de las sales de litio en la población anciana

F. Viñas Uson, J Pérez Blanco, D Almenta , 2009



Incremento de creatinina

1,53 mg/dl / año de tratamiento
4,96 mg/dl / cada 0,1 mmol/l de litemia

La alteración de la función renal no correlaciona con la edad si no con los años de tratamiento y con los niveles plasmáticos de litio.

Reducir los niveles de litio podría disminuir o evitar el posible efecto negativo de los años de tratamiento sobre la función renal

Predictores de mala respuesta a los antidepresivos



- Mayor presencia de síntomas de ansiedad
- Depresión con síntomas psicóticos
- Inicio más tardío de la Depresión
- Síntomas extrapiramidales, frontales y signos neurorradiológicos de deterioro subcortical
- Inicio tardío de la mejoría
- Antecedentes de mala respuesta al tto AD

Mantenimiento del tratamiento con antidepresivos



- En ancianos no demenciados los tratamientos ≥ 2 años reducen en un 50 % las recaídas
- **En pacientes con demencia el tratamiento con antidepresivos a dosis terapéuticas debería mantenerse entre 6 y 12 meses**
- La retirada del fármaco debe ser gradual (4 a 8 semanas)

Conclusiones



- La prevalencia de depresión en demencia es de 15 – 63 %
- La efectividad de los antidepresivos no se ha demostrado claramente
- Además de la depresión, los AD tienen otros usos en pacientes con demencia
- Los ISRS se recomiendan de primera línea
- Los ATC se desaconsejan por sus efectos anticolinérgicos
- Todos los AD se asocian a riesgo de caídas, fracturas e hiponatremia



Muchas gracias

54