XI Congreso de la Sociedad Castellano Manchega de Geriatría

“ LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO”

4 y 5 de Marzo, Alcázar de San Juan. Ciudad Real 2011

FARMACOTERAPIA Y COMORBILIDAD

Dra. Mª Jesús Gayoso Orol
Psiquiatra especialista en Geriatría

Hospital Virgen de la Poveda

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

Depresión y comorbilidad

- La comorbilidad entre enfermedad medica y depresión esta bien documentada.
- Estudios previos demuestran una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas como Diabetes, Enfermedad Cerebro Vascular y Artritis Reumatoide.
- Annals of Family Medicine 2004: 1.800 > 60 años con criterios de Depresión Mayor o Distimia.
- Cuestionarios sobre situación sociodemográfica, severidad y cronicidad de la depresión, neuroticismo y presencia de un aserie de 11 enfermedades médicas comunes. 4 indicadores generales de salud física y mental, basándose en escalas de salud y calidad de vida.
- Resultado: La Depresión y su severidad están significativamente asociados a la presencia de 3.8 enfermedades crónicas, y esta asociación influye básicamente en 3 índices: en la función mental, en la discapacidad y en la calidad de vida.
- **Conclusión**: Necesidad de reconocer y tratar la depresión: Puede mejorar el funcionamiento y la calidad de vida.

Depression and comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and well-bein. Hitchcock, N et al. Annals of Family Medicine 2004;2:555-562. Correlates of Depressive Symptoms in Patients with Obstructive Slepp Apnea. McCall W, et al Journal Of Clinical Slepp Medicine 2006;2(4):424-426 . Complicaciones de la depresión a largo plazo. Bousoño, M. et al. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(2): 44-52.

La evidencia
"Archives of Surgery". Octubre 2010

- Las personas que sufren depresión y ansiedad pueden tener un riesgo ligeramente mas elevado de muerte tras someterse a una cirugía.
- 35.539 pacientes quirúrgicos en UCI, un 25 % con patología psiquiátrica previa (Depresión, SEPT, Ansiedad, T. Bipolar y Psicosis).
- **En el ajuste de factores se demostró que el aumento de riesgo de muerte se asociaba a depresión y ansiedad y no con otras patologías psiquiátricas.**
- "Justificación":

  1.Los pacientes deprimidos con frecuencia no cumplen las recomendaciones médicas.

  2.Los pacientes deprimidos son propensos a operarse con cirujano u hospital con menor calidad.
- Conclusión:

  1.La comorbilidad psiquiátrica podría servir como indicador de mayor gravedad de riesgo quirúrgico.

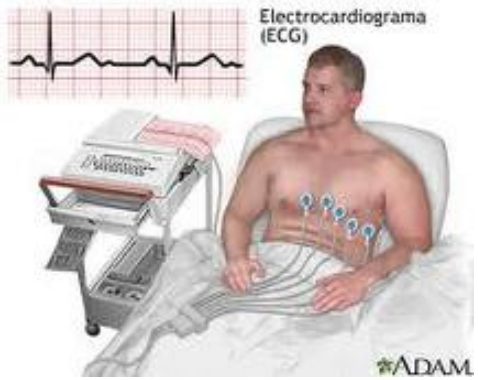
  2.Necesidad de intervención multidisciplinar precoz.

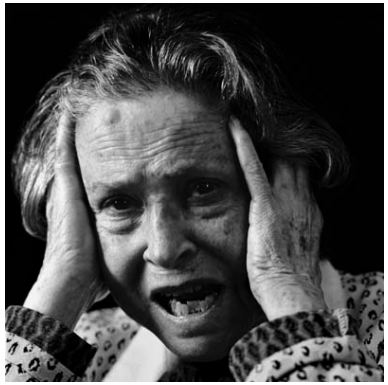
Influence of Psychiatric comorbidity on Surgical Mortality. Abrams T.E. et al. Arch Surg 20 10;145(10):947-953
Raya R. et al. La depresión en el paciente con enfermedad arterial periférica. Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet. Congreso de enfermería vascular 2007. Carrasco P, et al. Relación de ayuda en pacientes amputados de causa vascular durante la estancia hospitalaria. Hospital Ramón y Cajal, Madrid. Congreso de enfermería vascular 2008.

DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD

Enfermedades médicas asociadas a T. Afectivo

1. Artritis
2. Cáncer.
3. Enfermedad pulmonar.
4. Trastornos neurológicos.
5. Enfermedades cardíacas.





Comorbilidad Psiquiátrica

1. Abuso de alcohol y drogas.
2. T. de ansiedad y el T.O.C.
3. T. de conducta alimentaria en las mujeres.
4. Demencias.

Association of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attenting public primary care clinics. Flllerton C. Rev Med 2000; 128:729-34. Physical and psychological sequelae of critical illness. Sukantarat K et all.. B J Health Psycol 2007; 12:65-74. High worry severity is associated with poorer acute and maintenance efficacy of antidepressant in late-life depression. Depression and anxiety 2009;26(3)

- La Comorbilidad médica: “**hallmark**” de la depresión en el anciano.

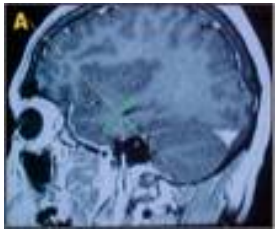
IN THE ELDERLY

Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related qualy of life among comunity older adults. Gallegos K et al J Psychosom Res 2009;66(2):127-135. Depression and comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and well bein. Polly Hitchcock, N et all. Annals of Family Medicine 2004; 2:555-562. Depression in older medical patients. Rozzini R. Journal of Gerontology. 2007;62:796-798. Prevalent mental health disorders in the aging population: issues of comorbidity and functional disability. Kelley S. Journal of Rehabilitation 2003; 14:329-32. Alexopoulous GS. Depression in the elderly. Lancet 2005;365:1961-1970.

“DEPRESIÓN GERIÁTRICA”

- **Enfermedades médicas.**
- **Presencia de polifarmacia.**
- **Discapacidad.**
- **<u>Deterioro cognitivo</u>.**
- **Alteraciones estructurales a nivel cerebral.**
- **Comorbilidad con enfermedades neurodegenerativas.**
- **Enfermedad cerebro vascular “Depresión vascular”.**

Diuréticos.
Digoxina.
Betabloqueantes.
IECA (Captopril..).
Antagonistas Ca.
Corticoides.
ACO (Sintrom)
Metronidazol.
Neurolépticos.
Levodopa (Sinemet).
Carbamacepina.
Fenitoina.
Provastatina
AINES (Indometacina, Ibuprofeno)



Kennedy GJ. Depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Geriatrics Review Syllabus. Ed Medical Trends, Barcelona 2007; (5):71-91 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR. The epidemiology of major depresive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama 2003;289:3095-3105.

MANAGING DEPRESSION IN MEDICAL OUTPATIENTS

Whooley MA et all The New England Journal of Medicine 2000; 1942-1950

- Algunos síntomas de la depresión pueden confundirse con síntomas debidos a enfermedades médicas (la astenia puede deberse a enfermedades como la DM, el cáncer o el hipotiroidismo).
- El uso de BDZ y opiáceos se ha asociado con depresión, pero son pocos los fármacos no psicotrópicos, excepto los glucocorticoides, que se asocian con depresión. Los beta bloqueantes no causan depresión.
- La necesidad de iniciar tratamiento específico vendrá dada por la gravedad sintomática y la duración sintomática mas allá de una o dos semanas.

Treating depression in patients with chronic disease. Simon GE. J Med 2001;175 (2):292-293 Antidepresivos versus placebo para la depresión en la atención primaria. Arroll B et al. Revisión Cochrane 2009 up-to-date 2010

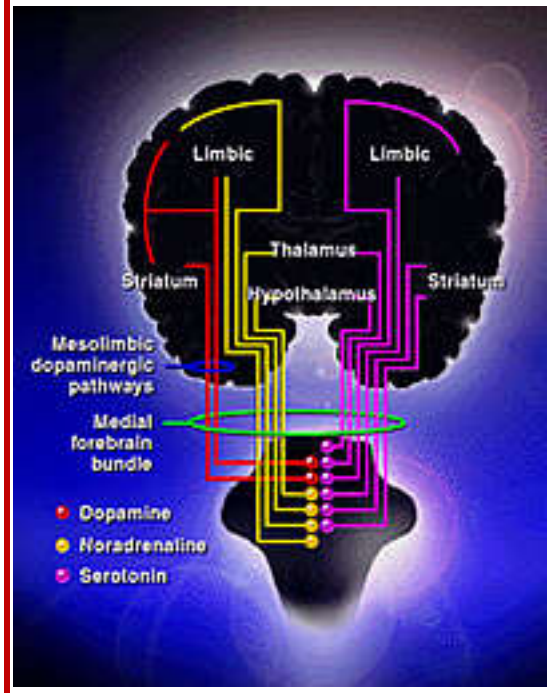
TRATAMIENTO ÓPTIMO

Y PREVENCIÓN DE RAM

Antidepresivos para la depresión de pacientes con enfermedades físicas.
Rayner L. et al. Revision Cochran 2010

Criterios STOPP / START

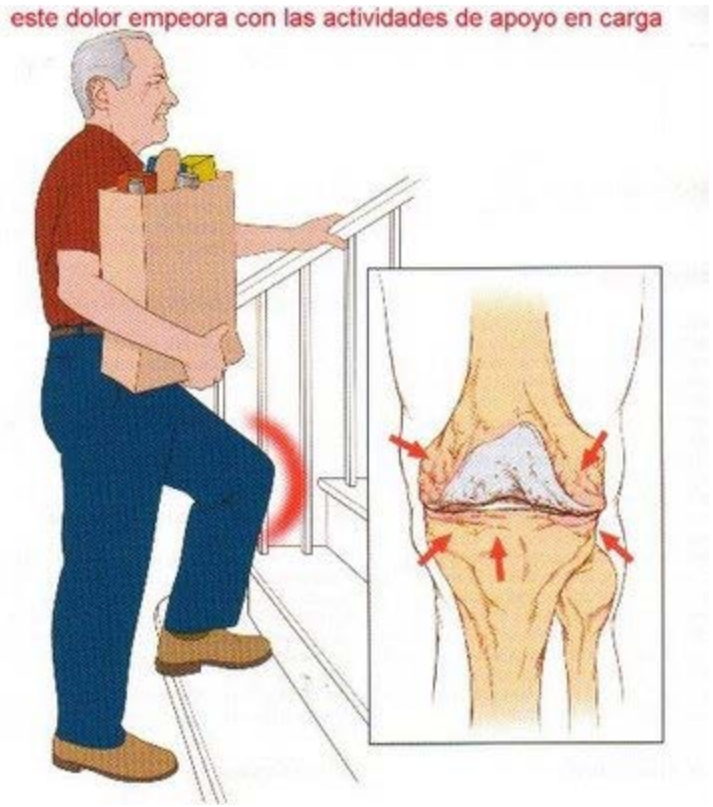
- **Detectan** tanto la prescripción inadecuada de determinados fármacos como la falta de prescripción de medicamentos indicados.
- Stopp: No contraindicación absoluta ADT, si limitación de uso.
- Criterios de Beers.
- Start: **Indicación de drogas ≠ antidepresivas** en síntomas moderados o graves de depresión que se prolonguen dos o tres meses.



Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Delgado E, et al. Rev Esp de Geriatr Gerontol 2009: 44(5);273-279.

Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Beers MH. Ach Intern Med 1991. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Ach Intern Med 2003;163:16-24.

Enfermedades mas prevalentes



- **Artropatias. ARTROSIS.**
- **HTA.**
- **Diabetes Mellitus.**
- **Dislipemias.**
- **Cardiopatía isquémica.**
- **Insuficiencia cardíaca.**
- **La enfermedad cerebro vascular. ACVA.**
- **EPOC y otras Bronconeumopatias.**
- **Infecciones.**
- **Deterioro cognitivo.**
- **Fractura de cadera.**
- **Cáncer.**

Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico 2ª Ed Guillen Llera F., Pérez del Molino J., Petidier R. Masson Barcelona 2008

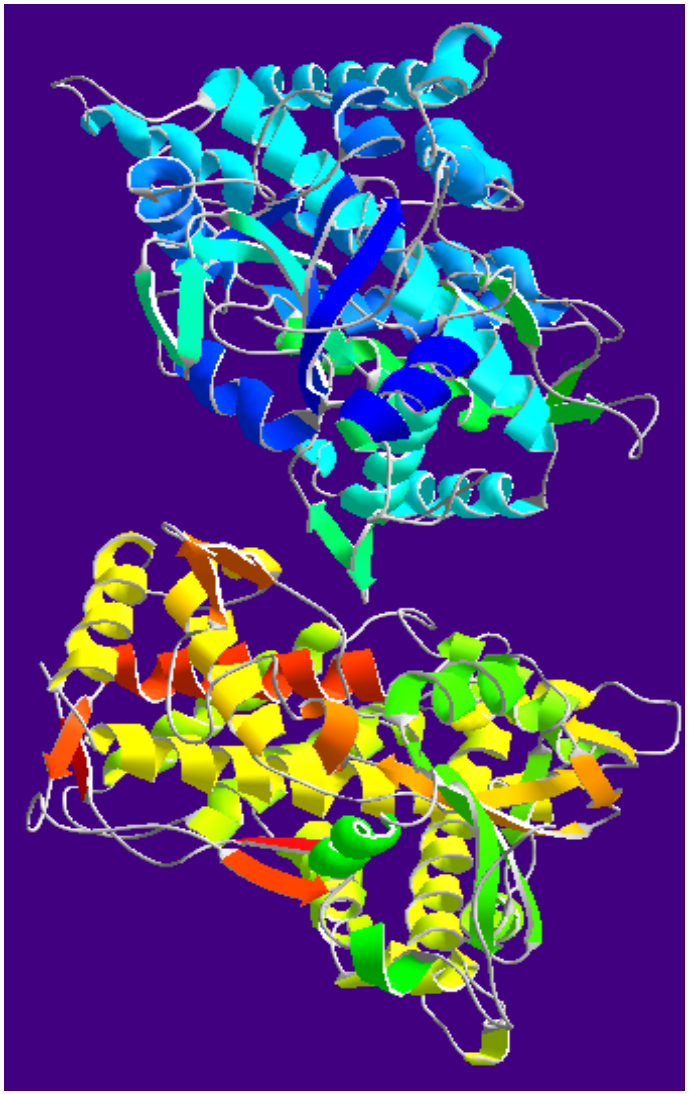
DEPRESIÓN Y CANCER: NECESIDAD DE TRATAMIENTO

- Reacciones emocionales de tristeza, rabia, miedo y enfado son frecuentes tras un diagnóstico de enfermedad oncológica. Se necesita distinguir esta expresión "normal" de aquellas situaciones que constituyen auténticas trastornos depresivos por intensidad y adecuación en criterios DSM-IV.
- Entre 20-25% (58-4,5%) de pacientes oncológicos van a desarrollar una depresión y son muchos los estudios que insisten en el papel crucial que va a tener sobre el pronóstico y la calidad de vida del paciente.
- En los pacientes oncológicos, además de soporte terapéutico, en ocasiones ha de iniciarse tratamiento farmacológico buscando la mejor tolerancia con los mínimos efectos secundarios. Se seguirán las recomendaciones generales, incluyendo uso de ADT, pero los ISRS tiene una eficacia similar con menos efectos secundarios, fundamentalmente de tipo anti colinérgico.
- Antidepresivos orexigénicos: Sertralina, Mirtazapina. No Venlafaxina, pocos estudios y potencial anorexigénico. No fármaco de primera elección.

Depression in breast cancer patients: The need for treatment. Aapro M, Cull A. Annals of Oncology 1999;10:627-36.
Decrease in Depression Symptoms is Associated with longer survival in Patiens with Metastatic Breast Cancer: A secondary Analysis. Journal of Clinical Oncology. 2010; 12(28)

INTERACCIONES

- Los ISRS inhiben el citocromo P450 un sistema enzimático muy usado por otros fármacos por lo que existe un potencial de interacción.
- Los ISRS van a interferir con la ciclofosfamida, aunque en ocasiones sin relevancia clínica.
- La proteina transportadora de algunos AD puede entrar en competición con otros fármacos fuertemente unidos a proteínas como el cisplatino.
- Un posible problema es la mayor incidencia de nauseas con el uso de ISRS y quimio terapia con potencial emético. Aunque se admite que es un efecto que disminuye a medida que se sigue el tratamiento. La fluoxetina se ha documentado que disminuye el efecto antiemetico de otros fármacos.
- Hay muchos trabajos que avalan la eficacia de los ISRS en pacientes con cáncer al igual que avalan su uso en otra comorbilidad como la AR.



ARTROSIS

- Uno de cada cuatro pacientes con artrosis sufre episodios de Depresión o Ansiedad.
- 430 pacientes de 65 años.
- Artrosis de cadera, mano o rodilla, atendidos en servicios de reumatología ambulatoria.
- La importancia de tratar tanto esos síntomas como el dolor articular.
- La visión multidisciplinaria de la Psiquiatría y la Reumatología permitiría efectuar un abordaje mucho mas efectivo en estos pacientes.

DEPRESIÓN y DOLOR

- El dolor está presente en el 45-95% de los pacientes con Depresión Mayor.
- **La mayoría de AD han demostrado eficacia analgésica**: El más clásico el “Tryptizol”, la Amitriptilina. ¿No stopp?
- El “mas moderno” la Duloxetina (potente inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) en dosis de 60 mgr reduce de forma significativa el dolor inespecífico y los síntomas emocionales asociados a la depresión. Xeristar®, Cymbalta®.
- COCHRANE RECOMIENDA COMPARAR DULOXETINA CON OTROS FÁRMACOS QUE YA MOSTRARON SER EFECTIVOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.
- Efecto sedativo aumentado con opioides.
- Síndrome serotoninergico con Tramadol (Adolonta®).
- Precaución especial en pacientes con ACO (Sintron®).

Duloxetina para el tratamiento de la neuropatía dolorosa o el dolor crónico. Lunn MPT et al. Revisión Cochrane 2009

Los antidepresivos aumentan el riesgo de sangrado gastro-intestinal

- Cada vez hay más evidencia de que los ISRS podrían estar relacionados con sangrados GI.
- ❖ Análisis de 4 estudios sobre , **153.000 pacientes**.
- **Los paciente que tomaban ISRS, tenían casi el doble de riesgo de hemorragia digestiva alta.**
- **Si uso concomitante de AINES o AAS, 6 veces mas riesgo de HDA.**
- ❖ Estudio español (**1321 pacientes** con HDA), eleva el riesgo a 9 veces mayor si consumo simultaneo de ISRS + AINE: 1/250.
- Concluyen que el riesgo se reduce "prácticamente desaparece" cuando se toma un protector gástrico: 1/5000.
- Si únicamente se toma ISRS, riesgo de HDA muy bajo: 1/2000. No necesarias precauciones especiales, excepto si otra fragilidad para HDA (> 60 años).
- ❖ El debate en torno a la seguridad de los llamados ISRS , mas del 90% de todos los antidepresivos que se usan en España, continua siendo un tema actual.

Hemorragias por antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son ampliamente utilizados en el tratamiento de cuadros depresivos y otros trastornos psiquiátricos. Sus efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales (náusea, vómitos, dispepsia, diarrea) y neuropsiquiátricos (ansiedad, cefalea, insomnio). Recientemente se han publicado varios casos de alteraciones hemorrágicas (hematoma espontáneo, equimosis, petequias, púrpura, epistaxis, menorragias y hemorragias digestivas) en pacientes tratados con fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina.[1-12] También se han descrito por venlafaxina.[13] El Programa Internacional de Farmacovigilancia de la OMS, en el que participa la Tarjeta Amarilla, ha recibido más de mil notificaciones.

En muchos casos, el número de plaquetas y las pruebas de coagulación eran normales, mientras que el tiempo de sangría era normal o estaba alargado,[2,11] y el estudio de la función plaquetaria mostraba una alteración de la agregación compatible con un defecto de la liberación de serotonina.[2,5,6] Se ha sugerido que se trata de un efecto dependiente de la dosis y que está en relación con las concentraciones plasmáticas de los ISRS.

Recientemente se ha publicado un estudio de casos y controles de base poblacional, con 1.651 pacientes con úlcera gastrointestinal sangrante y 248 con perforación, que fueron comparados con más de 10.000 controles sin estas patologías.[14] Los pacientes tratados con un ISRS presentaron un

1

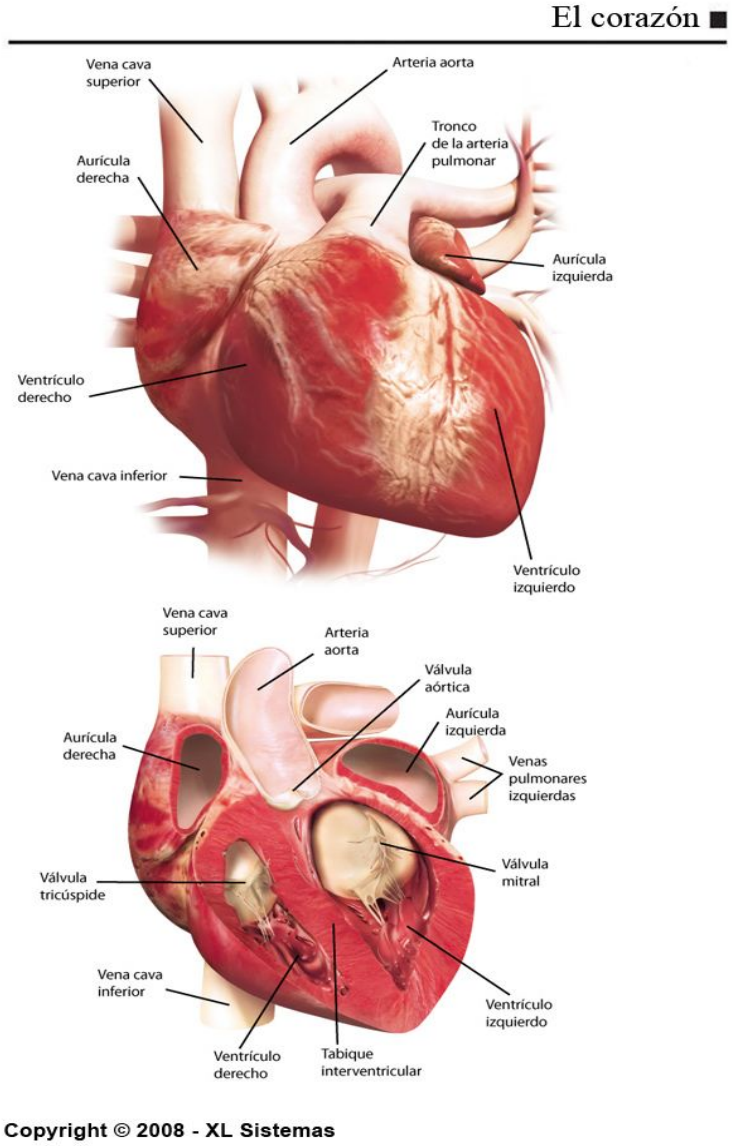
Singh S. et al. Alimentay Pharmacology & Therapeutic 2008
Abajo FJ, et al. Archives of General Psychiatry 2008

Omeprazol y Cimetidina, pueden aumentar riesgo de toxicidad x ISRS. Alternativa: Ranitidina 300 mgr/noche.

“FACTORES DE RIESGO VASCULAR”

- **La presencia de un cuadro depresivo entre los antecedentes personales de un sujeto incrementa el riesgo de morbilidad general.**
- La depresión **multiplica por 3 el riesgo de mortalidad cardíaca después de IAM**: 15-20% de Depresión Mayor. 15-20% D.“menor”

La depresión por si misma es un factor de riesgo para incrementar la morbi-mortalidad relacionada a enfermedad vascular. Datos procedentes de un estudio longitudinal en el que se evaluaron 4367 adultos mayores hipertensos, demostró que por cada 5 puntos de incremento en la Escala del Centro de Epidemiología - Depresión aumentan: en 18% el riesgo de infarto al miocardio (IM) y al accidente cerebro vascular (ACV); y, en 25% la mortalidad. Así mismo se señala que el IM seguido de depresión aumenta el riesgo en 4 a 6 veces un nuevo IM y la muerte (Frasure-Smith et al, 1993; Barefiit abd Schrol, 1996).



Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis Rugulies R.. Am J Prev Med 2002 Effets of depressive symptoms and coronary heart disesase and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: The Whitehall II cohort study. Nabi H. et al. Heart 2010

- Los antidepresivos tricíclicos nunca deben ser los fármacos de primera elección en la enfermedad isquémica coronaria => Riesgo de inducción de arritmias.
- **La HTA** resistente en ocasiones es una manifestación de depresión que puede mejorar con tratamiento antidepresivo.
- Precaución con:

1. **VENLAFAXINA**: Los pacientes con enfermedad cardíaca inestable o IAM reciente, han sido apartados sistemáticamente de los estudios clínico:

➢ Las alteraciones ECG encontradas fueron < 1% y similares a placebo, sin registrarse arritmias serias y los intervalos PR, QRS y QT no fueron significativamente prolongados. Si incremento de FC en 4 lpm, pero menor que con el uso de ADT.

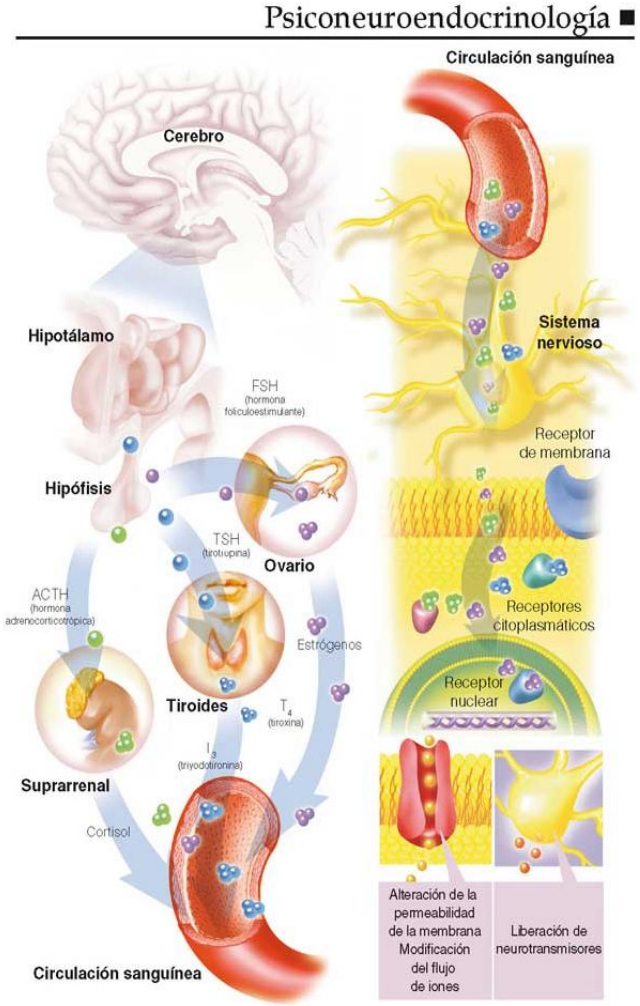
➢ Se mantiene controversia sobre efecto en TA.

2. **DULOXETINA:** Podría estar contraindicado, en una HTA descontrolada, el inicio de tratamiento con duloxetina por riesgo crisis hipertensiva.

"FACTORES DE RIESGO VASCULAR"

Cognitive and Somatic Symptoms of Depression are associated with Medical Comorbidity in Pacients after Acute Myocardial Infarction. Wtkins L.L et all. American Herart Journal 2003; 146 (1). Seguridad cardiovascular de venlafaxina retard en pacientes depresivos. Un estudio de farmacovigilancia. Cervera S. Psiquiatria biológica 2005;12(2)33-38 Heras M. Hipertensión y riesgo vascular. Liga española para la lucha contra la HTA. 2009;41.

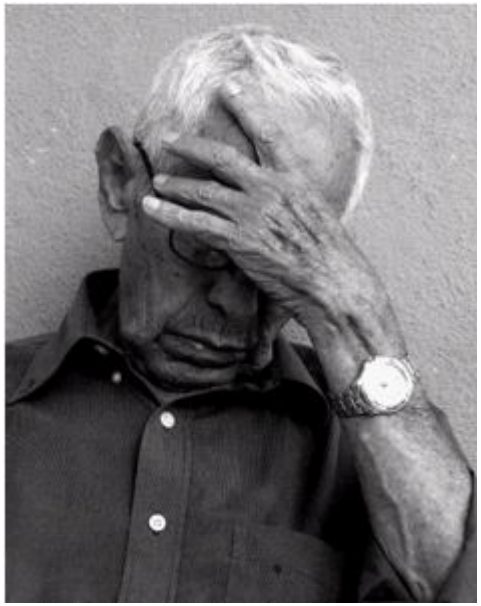
D.Mellitus y D.Mayor: Sinergias y controversias



Copyright © 2008 - XL Sistemas

- Archives of Internal Medicine. 2010 Nov;170(21):1884-1891:

  La depresión y la diabetes podrían fomentarse mutuamente.
- Long-Term Use of Antidepressants for Depressive Disorders and the Risk of Diabetes Mellitus. Andersohn F et al. Am J Psychiatry 2009
- **Archives of** General **Psychiatry. 2011 Ene;68(1):42-50. Se observa un incremento de la mortalidad en mujeres con depresión y diabetes.**
- **En el tratamiento: riesgo RAM:** HIPOGLUCEMIA



DEPRESION Y ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cochrane 2003, up-to-date 2010

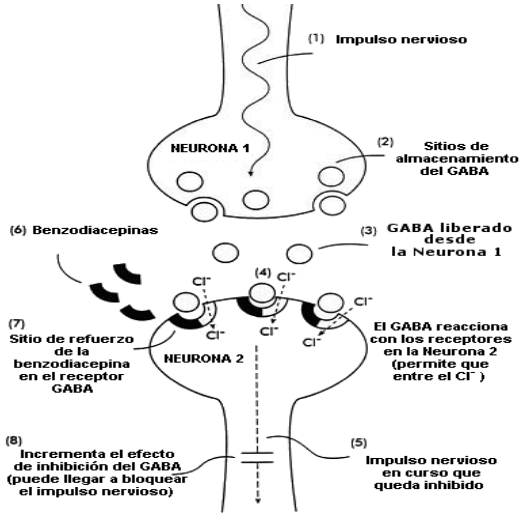
- La depresión es el trastorno psiquiátrico mas frecuente en pacientes con EP. Hasta un 40%.
- En su tratamiento se usan AD, TEC y Terapia conductual, sin que se encuentren ensayos que evalúen la eficacia de estas dos últimas.
- Se evalúa la seguridad del fármaco tanto por los efectos secundarios directos del tratamiento como por la interacción del tratamiento con los síntomas de la EP y con los fármacos anti parkinsonianos.
- 3 ensayos controlados aleatorios, 106 pacientes:

➢ Nortiptilina (n=22) Mejoría frente a placebo.

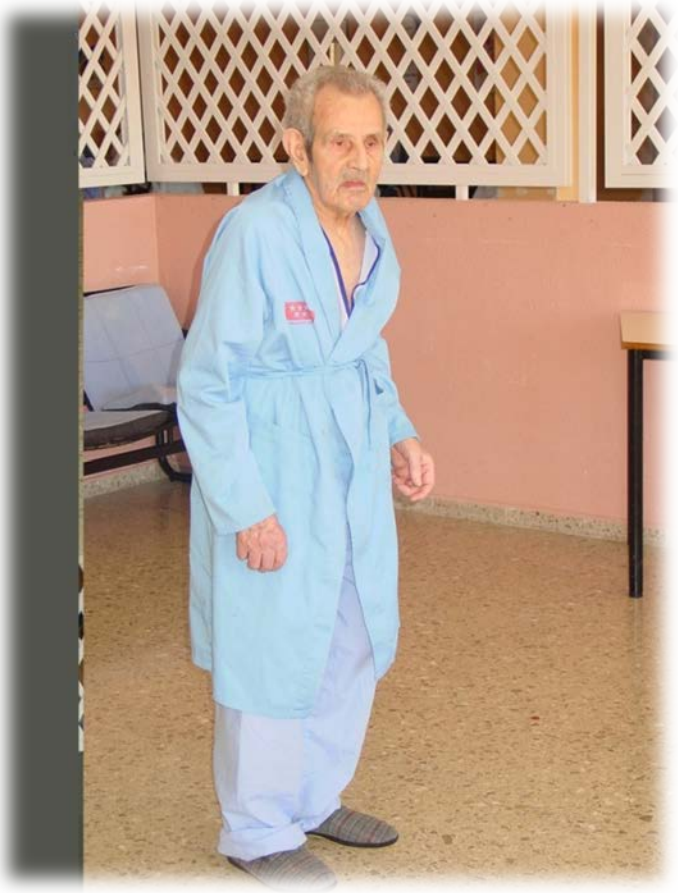
➢ Citalopram (n=37) No diferencia significativa frente a grupo placebo

➢ Amitriptilina y Fluvoxamina (n=47) diferencia, pero mayor incidencia de abandonos y efectos secundarios como alucinaciones visuales y cuadros confusionales.

- No se encontraron efectos secundarios graves en los 2 primeros.

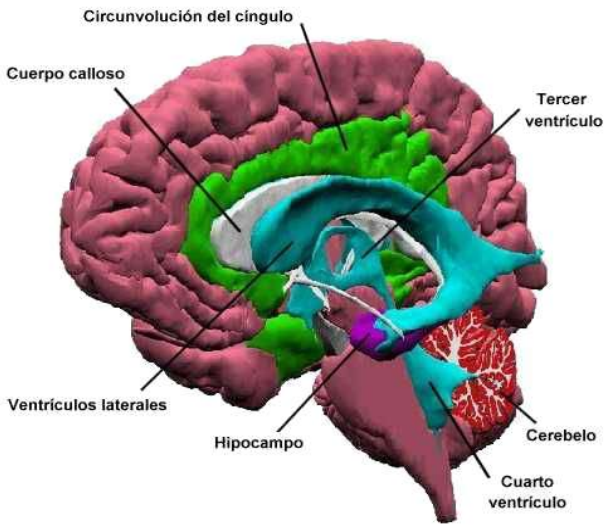


INTERACCIONES ENTRE AD y ANTIBIÓTICOS



1. **<u>Síndrome Serotoninérgico</u>: Riesgo aumentado en uso concomitante de Venlafaxina y Amoxicilina-Clavulanico Sertralina y Eritromicina.**
2. **<u>Prolongación del intervalo QT</u>: Fluoxetina y ADT. Los Macrólidos y las Quinolonas efecto aditivo.**
3. **<u>Linezolid</u> (Zyvoxid®): Inhibidor no selectivo de la MAO. No se recomienda su utilización junto a los ISRS. Otro riesgo: Neuritis Óptica .**

Comunicación sobre riesgos Center for Education and Research on Therapeutics. Enero 2011.



HIPONATREMIA

El mecanismo de producción no esta totalmente esclarecido pero en general se acepta que se produce por un SIADH.

✓La notificación de hiponatremia provocada por AD ha aumentado con el uso de ISRS y otros AD actuales.

✓La probabilidad de hiponatremia es 4 veces mayor con ISRS que con ADT y suele ocurrir entre los días 5 y 30 de inicio tratamiento. Venlafaxina mas precoz (entre los días 2 y 21).

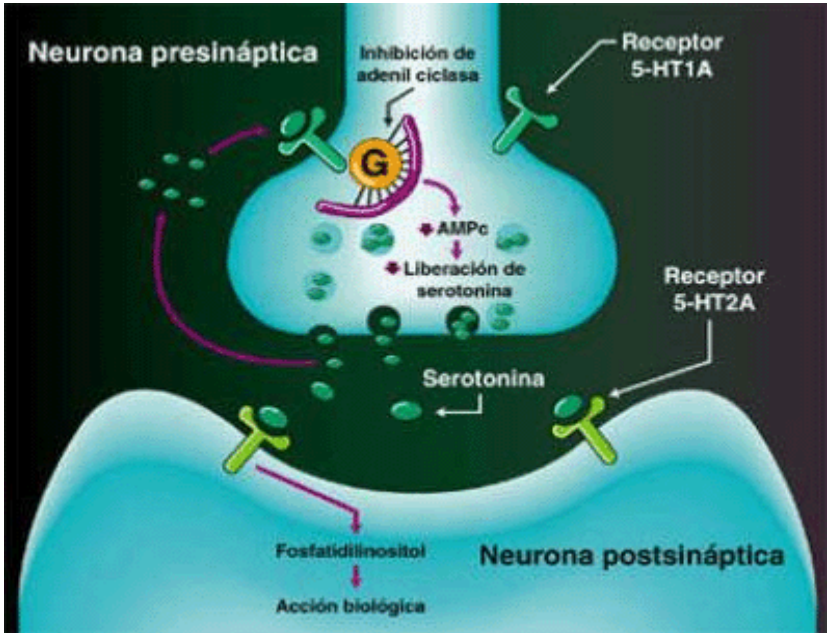
✓**Factores de riesgo**: **Edad avanzada**, sexo femenino, bajo peso y consumo excesivo de líquidos. Consumo de diuréticos, anticonvulsivantes y otros fármacos como los hipoglucemiantes que también causan hiponatremia.

✓**El hallazgo de hiponatremias basales es un factor predisponente.**

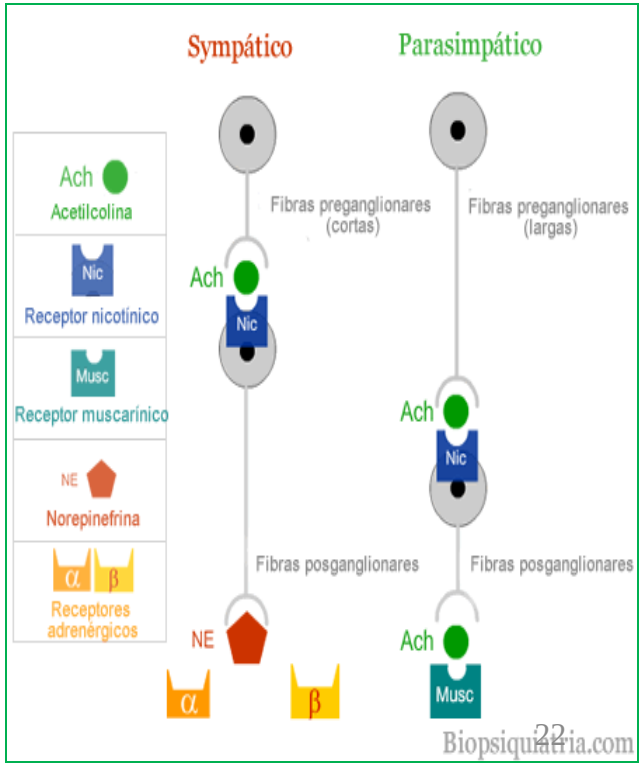
✓**En este caso la natremia baja en los primeros 3 – 5 días.**

Venlafaxina Hyponatremia: Incidence, Mechanism and Management. Raxana M et al Australian and Neww Zealang of Psychiatry 2007 , 41(5) 411-148

Conclusiones



Tanto las intervenciones psicológicas como farmacológicas son efectivas para la depresión, pero los fármacos continúan siendo el eje del tratamiento.
En los últimos 20 a, los ISRS son los más prescritos.
Manejar pocas moléculas, las mas adecuadas, con menos efectos secundarios.



Andrea Cipriani et al:
Escitalopram versus otros agentes antidepresivos para la depresión . Revisión Cochrane 2009
Sertralina versus otros agentes antidepresivos para la depresión .Revisión Cochrane 2009
Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2009; 373:746-758

Antidepresivos triciclicos en los anciano				
Nombre	Dosis inicial	Dosis final	Potencial sedante	Precauciones
Mianserina	**2**0-30 mgr noche	30-60 mgr noche	alto	Efectos anticolinergicos
Nortriptilina	10-25 mgr Noche	25-150 mgr noche	moderado	Reducir dosis final Puede ser mortal en sobredosis Efectos anticolinergicos

Antidepresivos ISRS en el anciano				
Nombre	Dosis inicial	Dosis final	Potencial sedante	Precauciones
Citalopram ,	10 mgr	20-40 mgr	bajo	Nauseas temblor, mareos, sudoración y agitación
Escitalopram ,	10 mgr	10-20 mgr	bajo	Nauseas temblor, mareos, sudoración y agitación
Sertralina	25 mgr Por la mañana	100 mgr	bajo	Id

Otros antidepresivos en el anciano				
Nombre	Dosis inicial	Dosis final	Potencial sedante	Precauciones
Mirtazapina	15 mgr	30-45 mgr	moderado	Eliminación renal vida ½ larga Efectos serotoninergicos y noradrenergicos. Mejora el sueño. Aumento de peso.
Venlafaxina R	75 mgr	75-225 mgr	bajo	Cefaleas, náuseas, vómitos, HTA Efectos serotoninergicos y noradrenergicos
Trazodona	25-50 mgr Por la noche	100-200 mgr	elevado	Muy sedante Mejora el sueño
Duloxetina	30 mgr	30-60 mgr	bajo	Interacción farmacológica (CYP 1A2, 2D6)
Bupropion	150 mgr	150-300 mgr	bajo	Agitación, insomnio, crisis epilépticas Efectos dopaminérgicos y noradrenérgicos Dividir la dosis

Envejecimiento y modificaciones farmacocinéticas

1.-ABSORCIÓN:	**Escasas modificaciones por edad.** **Aumento del pH gástrico**
2.-DISTRIBUCIÓN:	Afectada por distintos cambios en la masa corporal. Disminución del agua total, con disminución del agua extracelular y del volumen plasmático. Disminución de masa magra y un aumento proporcional de la grasa corporal. **Disminución de la albúmina plasmática.**
3.-METABOLIZACIÓN:	**Disminución de la metabolización hepática:** Disminución del tamaño hepático. Disminución del flujo sanguíneo Modificaciones enzimáticas.
4.-ELIMINACIÓN:	**Declive de función renal con eliminación mas larga**. Disminución del flujo sanguíneo renal Disminución del filtrado glomerular Disminución de la función tubular
5.-HETEROGENEIDAD POBLACIONAL:	Grandes variaciones interindividuales
6.-OTROS FACTORES:	Comorbilidad: Enfermedades digestivas Enfermedades renales Enfermedades hepáticas, etc. Interacciones farmacológicas

Riesgo RAM:

1. Otros AD
2. Analgésicos, ADO
3. ATB
4. Antiparkinsonianos

¿Se ha exagerado la eficacia de los AD?

Antidepresivos y deterioro cognitivo en el anciano. Psicogeriatría 2010;2(4):201-206

Los ensayos clínicos que concluyen con datos positivos sobre los medicamentos analizados tienen muchas mas posibilidades de ser publicados que los que muestran resultados negativos.

- El 94% de los estudios realizados concluyeron positivamente pero según datos en poder de la FDA, el porcentaje se reduce a 51%.
- **El uso de psicofármacos sin algún tipo de psicoterapia puede ser un abordaje erróneo.**

Turner E. H. *Selective Publication of Antidepressant Trials and lts lnfluence on Apparent Efficacy*.N Engl J Med 2008;358:252-260, Jan 17, 2008. Berney P. *A major change of prescribing pattern in absence of adequate evidence: benzodiazepines verus newer antidepressant in anxiety disorders.* Psychopharmacol Bull 2008; 41(3): 39-47. Franco-Fernandez , R. *Trastornos de Ansiedad en el Anciano*. Psicogeriatría 2009. 1:37-47. Flood M, Buckwalter KC. *Recommendations for mental health care of older adults: Part 1 – an overview of depression and anxiety. J Gerontol Nurs 2009; 35 (2): 26-34.*

mjgayoso.hvpo@salud.madrid.org