

**66**

CONGRESO NACIONAL  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
FARMACIA HOSPITALARIA

**2021**

VIRTUAL

18-21 OCTUBRE



MANEJO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS  
PSICOGERIÁTRICOS EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO  
**ABORDAJE DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO  
EN EL MAYOR INSTITUCIONALIZADO CON  
DEMENCIA**

ELIA M<sup>a</sup> FERNÁNDEZ VILLALBA  
*Servicio de Farmacia - RPMD La Cañada*  
*fernandez\_elia@gva.es*

## PREVALENCIA

- ENVEJECIMIENTO (INE)

- 2019
  - 19,3%  $\geq$  65 años
  - 6,1%  $\geq$  80 años
- 2068
  - 29,4%  $\geq$  65 años
  - 12,6%  $\geq$  80 años

Población  
envejecida

- DEPRESIÓN

- 10 - 15% población edad avanzada
- 12,3% (8,8 – 23,6%) - “Eurodep”
- Aumenta en:
  - Comorbilidad
  - **Institucionación: 14-50%**
- 30 – 50% Síntomas Depresivos
- 50 - 90% Recurrencia en 3 años

- DEMENCIA

- 5% población edad avanzada (OMS)
  - 47 M en 2015
  - 75 M en 2030
  - 132 M en 2050
- España:
  - 5,0 – 14,9% en > 65 años
  - 6,6 – 17,2% en > 70 años
  - 39,2% en > 90 años
  - **62% residencias**
  - 2M en 2050

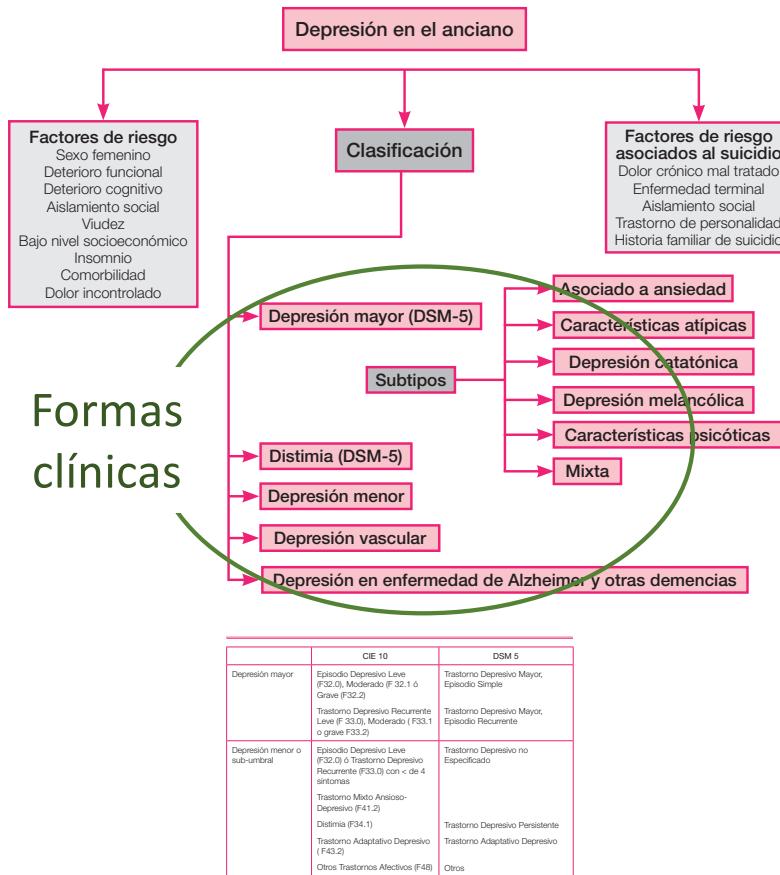
**Trastornos Neuropsiquiátricos más  
frecuentes**

# RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DEMENCIA

*Depresión y demencia parecen compartir mecanismos fisiopatológicos y, para algunos pacientes, sería un síntoma precoz, un factor de riesgo o un pródromo de la demencia*

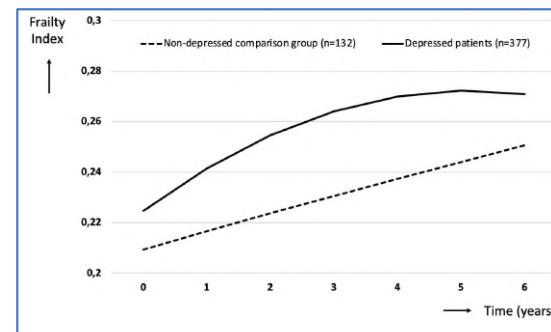
- 50% mayores con depresión tienen síntomas cognitivos y mayor riesgo de desarrollar cualquier tipo de demencia:
  - Depresión => x2 Riesgo de Alzheimer.
  - Depresión + alteración cognitiva reversible => x5 Riesgo de evolución a demencia.
- **Estado depresivo = factor de riesgo:** sus propios mecanismos fisiopatológicos de neuroinflamación o de tipo vascular y las alteraciones en los factores neurotróficos, actuaría como elemento de neurotoxicidad.
- Los pacientes con DC-Leve tienen elevada prevalencia de depresión (32%) y la tasa de progresión a demencia aumenta.
- Los pacientes con Enf Alzheimer tienen una alta prevalencia de depresión (50%).
- Los síntomas depresivos son muy frecuentes en los pacientes con demencia.
- La frecuencia de depresión aumenta con la gravedad de la demencia hasta GDS-4 en que comienza a disminuir (¿difícil detección?)
- La **depresión sería un pródromo** de la demencia (comparten mecanismo fisiopatológico).

# VGI => cribado y valoración Depresión



Depresión NO Diagnosticada / Tratada	
Desnutrición, deshidratación	Peor evolución de comorbilidades (DM, IC, Demencia, etc...)
Debilidad	Muerte
Deterioro Funcional	Mayor sobrecarga cuidador / sistema sanitario y social
Peor Calidad Vida	Mayor coste

- ✓ Acelera el envejecimiento biológico => ↑ **Fragilidad**
- ✓ ↑ probabilidad (x4) discapacidad para las AIVD, ABVD, movilidad => ↑ **Dependencia**
- ✓ Complica el curso de la demencia => ↑ **Mortalidad**



Oude Voshaar RC et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2021;1–9. <https://doi.org/10.1002/gps.5588>

• Varón de 85 años (60,4 Kg; IMC 23,1) que ingresa en la residencia. De él sabemos:

• PROBLEMAS DE SALUD Y ANTECEDENTES

Ictus Isquémico (2015)	Anemia ferropénica
Cardiopatía Isquémica (2012 Stent)	Osteoartrosis
HTA	Estenosis canal cervical
DISLIPEMIA	Caídas (Fractura Hombro)
DM sin tratamiento	Migraña
HBP	Estreñimiento
EPOC-Bronquitis crónica	Exfumador

¡No diagnóstico de depresión!

• TRATAMIENTO (17F)

ADIRO 100MG COMP	1-0-0-0
ATORVASTATINA 40MG COMP	0-0-1-0
BISOPROLOL COR 5MG COMP	1-0-0-0
CITALOPRAM 20MG COMP	1-0-0-0
IRBESARTAN/HCLTZ 300/25MG COMP	1-0-0-0
LORAZEPAM 1MG COMP	0-0-0-1
MIRABEGRON 50MG	0-1-0-0
MIRTAZAPINA 15MG	0-0-1-0
MOVICOL SOBRES	1-0-0-0
OMEPRAZOL 20MG CAPS	1-0-0-0
PARACETAMOL 1G COMP SI DOLOR	1-1-1-0
PROFER 80MG SOB	1-0-0-0
TIOTROPIO/OLODATEROL 2,5/2,5 MCG/PULS RESPIMAT	2 INH/24h
TAMSULOSINA 0,4MG/SOLIFENACINA 10MG	0-0-1-0

2 AD  
F con efectos  
anticolinérgicos

Q-sedante  
(alto riesgo)  
DBI=2,27

- Vivía solo con el apoyo puntual de una cuidadora y de su hija que lo visitaba casi a diario. En los últimos meses su situación a empeorado y ya no tiene el apoyo suficiente por lo que ingresa en la residencia.
- Desde que enviudó (hace 2 años), toma Citalopram (**¿medicalización de la vida?**) y poco después empezó a tener problemas para dormir, por lo que le pautaron Mirtazapina.
- Ha ido progresivamente perdiendo interés, con despiques y olvidos (**empeoramiento cognitivo**).
- Ha perdido peso, deambula con andador y desde hace 2 años no tiene seguimiento médico. **¿Tomaría bien su medicación en casa?**

02/02/2018

# Julián



1<sup>a</sup> VGI (< 45 días)



Julián

*1<sup>a</sup> VGI (< 45 días)*

PROCESOS CRÓNICOS	PROCESOS INTERCURRENTES
DM; DISLIPEMIA	SDME DEPRESIVO
HTA	Déficit Cognitivo
C. ISQUÉMICA	Irritabilidad, Inquietud
ICTUS ISQUÉMICO	Pérdida peso/apetito
EPOC	Incontinencia Urinaria
OSTEOARTROSIS	Caídas
Anemia (Fe)	Mareos

#### PRUEBAS VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

BARTHEL	70	D. Leve ABVD
TINETTI	20	Inestabilidad
DOWNTON	7	Riesgo Alto Caídas
NORTON	19	Sin riesgo UPP
<b>MMSE</b>	<b>21</b>	<b>Deterioro Cognitivo (leve)</b>
GDS-REISBERG	-	
NPIQ	5	Irritabilidad, agitación, trast sueño
GDS-Yesavage	5/15	Depresión probable (leve)
SOCIAL		Buena participación y apoyo sociofam
IF-CSS	0,37	(10/27) Fragilidad Leve



- SÍNDROMES GERIÁTRICOS**
- Deterioro Cognitivo
  - Síntomas depresivos
  - Incontinencia Urinaria
  - Estreñimiento
  - Inestabilidad; Riesgo caídas
  - Yatrogenia / Polifarmacia
  - Fragilidad



## 1.- ¿En el caso de Julián, qué recomendación harías sobre el Citalopram?

1. Retirarlo pues no hay diagnóstico de depresión.
2. Mantenerlo porque en pacientes con deterioro cognitivo la prevalencia de depresión es elevada y empeora el pronóstico.
3. Cambiar a otro antidepresivo.
4. Aumentar la dosis para alcanzar respuesta completa y conseguir la remisión de los síntomas.
5. Añadir otro antidepresivo para alcanzar respuesta completa y conseguir la remisión de los síntomas.

## Dx de la Depresión en el mayor con demencia no es sencillo

- **Clínico**

- H<sup>a</sup> clínica detallada
- Antecedentes médicos
- H<sup>a</sup> Farmacoterapéutica
- Consumo/abuso sustancias
- Valoración estado mental (esfera cognitiva y emocional)
- Exploraciones complementarias
- Repercusión funcional
- Valoración mediante test cribado
- *En pacientes complejos (fragilidad, comorbilidad, polif)*  
=> realizar una VGI

### Patologías Médicas

<b>Endocrino-Metabólicas</b>	Hipo/Hiper-Tiroidismo; DM; Anemia grave, Enf Cushing, Enf Adisson, Porfiria
<b>Neurológicas</b>	Enf Alzheimer; Parkinson; Ictus-ECV; Epilepsia; EM,
<b>Neoplasias</b>	Carcinomatosis; Ca Páncreas
<b>Infecciosas</b>	TBC; Virus Epstein-Barr; VIH; Sífilis terciarias
<b>Cardiovasculares</b>	Insuf cardiaca; IAM
<b>Otros</b>	Dolor Crónico, Artritis,

### F relacionados con depresión

BB (propranolol, metoprolol, timolol)	IBP, Anti-H2
ACA (cinarizina, flunaricina)	AINE (Indometacina)
IECA	Corticoïdes
Metildopa, Reserpina, Clonidina	Ciclosporina
BNZ	Tamoxifeno
Opioïdes (morphina, codeína...)	Interferón-alfa
Antiparkinsonianos (Levodopa, Bromocriptina, Amantadina)	Progesterona

### Particularidades en la clínica (menos ideacional y más somática)

Más quejas de tipo somático y cognitivo	Apatía
Menor expresión de tristeza	Alteraciones cognitivas
Menor intensidad síntomas	Síntomas motores (enlentecimiento)
Variación circadiana	Ansiedad, Inquietud, Irritabilidad
Fluctuación síntomas	Trastornos sueño
	Pérdida apetito, deterioro del cuidado personal
	Tendencia al aislamiento

### SIGNS para detectar depresión en un paciente con Demencia

Apariencia triste	Variación diurna del humor
Agitación diurna	Baja reactividad ambiental
Lentitud del lenguaje	Ansiedad afectiva (llanto...)
Retraso psicomotor	Demandas excesivas de atención
Pérdida de apetito	Autoagresiones
Despertar temprano	Gritos con contenido depresivo

## Escalas de evaluación esfera mental

Instrumentos fundamentales:

- Diagnóstico o cribado
- Seguimiento proceso
- Valoración de efectividad tratamiento

### ➤ Valoración cognitiva

- Deterioro Cognitivo
  - *Mini-Mental State Examination (MMSE)*
  - 0 a 30 p.
  - $\leq 23$  déficit cognoscitivo
- Demencia (estadaje)
  - *Global Deterioration Scale y Functional Assessment Staging de Reisberg (GDS-R y FAST)*
  - Evalúan síntomas y funcionalidad, respectivamente

Fases Demencia	Ausente	Muy Leve	Leve	Moderada	Moderada-Grave	Grave	Muy Grave
GDS-R	1	2	3	4	5	6	7
MMSE	30	28-29	24-28	19-23	10-19	0-9	0

Julián=>

<b>MMSE</b>	<b>21</b>	<b>Deterioro Cognitivo (leve)</b>
GDS-REISBERG	-	
NPIQ	<b>5</b>	<b>Irritabilidad, agitación, trast sueño</b>
GDS-Yesavage	<b>5/15</b>	<b>Depresión probable (leve)</b>

### ➤ Valoración afectiva (depresión)

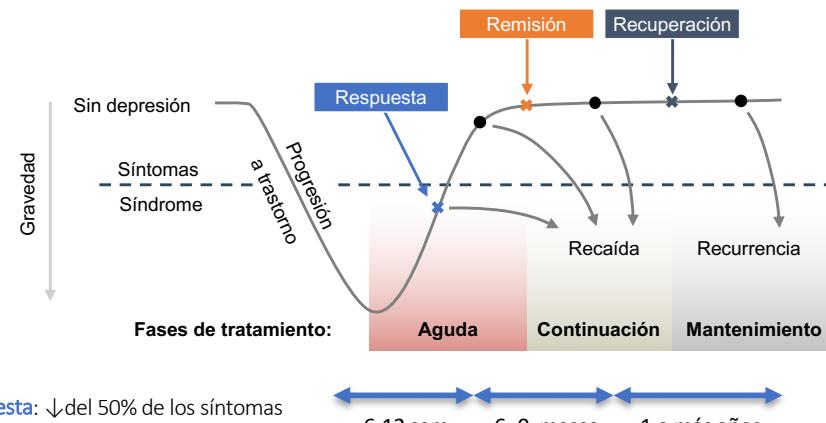
- *Geriatric Depression Scale Yesavage: GDS-Yesavage (versión reducida 15 ítems)*
  - Respuesta dicotómica => Punto de corte: en 5/6 p
  - *Normalidad* => 0 a 4 puntos
  - *Depresión probable* => 5 y 9 p
  - *Depresión establecida* =>  $\geq 10$ p
    - ✓ Leve: 5 – 8
    - ✓ Moderada: 9 – 11
    - ✓ Grave: 12-15
  - Aplicable en DC leve – moderado
  - **No útil en DC moderado o grave (MMSE  $\leq 18$ )**
- CORNELL
  - Consta de 19 ítems, 3 grados intensidad (0=ausente; 1=moderado; 2=grave)
  - 0 a 38 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad o intensidad signos depresivos:
    - ✓ 0-8 => No hay Depresión
    - ✓ 9-11 => Depresión Leve
    - ✓  $\geq 12$  => Depresión Moderada o Grave

### ➤ Trastornos Neuropsiquátricos.

- *Inventario Neuropsiquiátrico, NPI*
- *NPI-Q (versión reducida y validada)*
  - 0-36p; A mayor puntuación mayor gravedad
  - Permite valorar la respuesta terapéutica a los F utilizados para su control

## ¿Por qué mantener el tratamiento?

- Objetivo:
  - Remisión de los síntomas (o mejoría)
  - Restauración del funcionamiento psicosocial y ocupacional, de la calidad de vida
  - Consenso expertos: Farmacoterapia + Psicoterapia
- Duración:
  - T-latencia: mayor que en jóvenes (4-6 semanas)
  - Mínimo de 6 a 9 meses, y 1 año tras remisión si D-Mayor
  - 2º episodio => 2 años tras remisión
  - >2 episodios => Indefinido
- Elección del AD (=eficacia)
  - Interacciones
  - Perfil efectos secundarios
  - Historia de tratamientos previos
  - Preferencias
  - Características del paciente



Respuesta: ↓ del 50% de los síntomas

Remisión: ausencia de síntomas

Recuperación: remisión mantenida 6 meses

Recaída: reaparición de los síntomas de ese episodio tras la respuesta o remisión

Recurrencia: aparición de los síntomas de un nuevo episodio (tras la recuperación)

Si Respuesta parcial =>  
↑ D o cambiar AD (= ó ≠ grupo)

- Tasa respuesta ≈ 80% pero mayor tendencia a recurrencia (no tratamiento, dosis o inadecuadas)
- Menor y cuestionada en: "depresión vascular" y la asociada a demencia.

## ¿Por qué mantener el tratamiento?

Figura 1: Modelo escalonado en el manejo de la depresión



Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes<sup>[3,12]</sup>.

- No utilizar AD en depresión leve o síntomas subumbrales  
=> Relación riesgo/beneficio pobre
- Considerar los AD en pacientes con:
  - o Antecedentes de depresión grave o moderada
  - o Síntomas depresivos subumbrales persistentes (>2 años)
  - o Síntomas depresivos subumbrales persistentes tras otras intervenciones.



- Deterioro cognitivo / funcional
- Institucionalización

Guía de Práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. MSSSI. Avalia-t. 2014.

NICE. Depression in adults: recognition and management. 2019;

Therapeutic Letter. Mirtazapine: update on efficacy, safety, dose response. January-February 2021

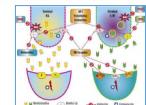
## VGI=>PAI=> Cambiar a otro antidepresivo

PRUEBAS VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

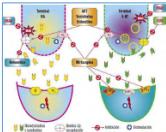
BARTHÉL	70	D. Leve ABVD
TINETTI	20	Inestabilidad
DOWNTON	7	Riesgo Alto Caídas
NORTON	19	Sin riesgo UPP
<b>MMSE</b>	<b>21</b>	<b>Deterioro Cognitivo (leve)</b>
GDS-REISBERG	-	
NPIQ	5	Irritabilidad, agitación, trast sueño
<b>GDS-Yesavage</b>	<b>5/15</b>	<b>Depresión probable (leve)</b>
SOCIAL		Buena participación y apoyo sociofam
IF-CSS	0,37	(10/27) Fragilidad Leve



- 1) Remitir a Neurología para estudio deterioro cognitivo
- 2) Mantener el tratamiento AD:
  - o Cambiar a OTRO AD con mejor perfil para el paciente
  - o Reevaluar tras el cambio la retirada de Mirtazapina (no validada en insomnio, no mejora eficacia y aumenta efectos adversos)



AD	INH. TRANSPORTADOR			BLOQUEO RECEPTORES					EFFECTOS SECUNDARIOS								
	NA-T	5HT-T	DA-T	$\alpha_1$	$\alpha_2$	M <sub>1</sub>	H <sub>1</sub>	5HT <sub>2</sub>	ACh	Sedación	Insom/Agit	HipoT-Ort	Prolong-QT	GI	Peso	Disf Sexual	
<b>ATC</b>	INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NA y SEROTONINA. BLOQUEANTES DE RECEPTORES AMINÉRGICOS																
Imipramina	+++	+++++	±	++		++	++++	+		++	+	++	++	++	0	+++	+
Clomipramina	+++	+++++	0	+++		+++	+++	++		+++	+	+	++	/0	+	+++	++
Amitriptilina	+++	++++	±	+++		+++	+++++	+++		+++	+++	0	+++	++	0	+++	+
Nortriptilina	+++	+	0	+		+	++++	+		+	+	+	+	/0	0	+++	+
Doxepina	+++	+++	0	+++		++	+++++			+++	+++	0	+++	++	0	+++	++
<b>HETEROCÍCLICOS</b>	Trazodona: antagonista de receptores serotoninérgicos 5HT <sub>2</sub> e Inhibidor débil de la captación de 5HT.																
Mianserina										+	++	0	+		0	0	0
Maprotilina	+++	±	+	+	++	++	+++++	++		++	++	0	++	/0	0	+++	+
Trazodona	0	+++	±	+++	+	±	±	++		0	++	0	+	/0	+	+	++
<b>ISRS</b>	INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA. Escasa capacidad de bloqueo de receptores aminérgicos (excepciones)																
Fluvoxamina	+	++++	±	±		0	±	0		0	+	+	0	/0	+++	0	++
Fluoxetina	++	++++	±	±		±	±	0		0	+	+	0	/0	++	0	++
Paroxetina	++	+++++	+	±		++	0	0		+	+	++	0	/0	++	++	++
Sertralina	+	+++++	+++	++		+	0	0		0	0	++	0	/0	++	0	++
Citalopram	±	++++	0	+		±	+	0		0	0	++	0	++	++	0	++
Escitalopram	±	+++++	0	±		±	±	0		0	0	++	0	++	++	0	++
<b>IRNA</b>	INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA																
Reboxetina	+++	0	0	0	0	0	0	0		+			+		++		
<b>IRND</b>	INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA Y DOPAMINA																
Bupropion	0	±	+	±	++	0	±			+	0	++	0	/0	+	0	0
<b>IRSN</b>	INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA																
Venlafaxina	+	++++	±	0		0	0			0	0	++	0	/0	++	0	++
Desvenlafaxina	+	++	±	0	0	0	0			0	0	+	0	/0	++	0	+
Duloxetina	++++	+++++	+	±		±	±	0		0	0	++	0	/0	++	0	+
<b>NaSSA</b>	ANTAGONISTA DE AUTO y HETERORECEPTORES PRESINÁPTICOS $\alpha_2$ y ANTAGONISTA DE R-5HT <sub>2</sub> .																
Mirtazapina	±	0	0	+	++	+	+++++	0		0	++	0	+	/0	0	++	0
<b>MELATONINÉRGICO</b>	AGONISTA RECEPTORES DE MELATONINA Y ANTAGONISTA R-5HT <sub>2C</sub>																
Agomelatina	0	0	0	0	0	0	0	++		0	0	0			0	0	0
<b>MULTIMODAL</b>	MODULADOR SEROTONINÉRGICO MULTIMODAL; Inhibidor transportador de 5HT. Antagonista de R-5HT <sub>3</sub> , R-5HT <sub>7</sub> y R-5HT <sub>1D</sub> . Agonista parcial R-5HT <sub>1B</sub> . Agonista R-5HT <sub>1A</sub> .																
Vortioxetina	0	+++	0														



## VGI=>PAI=> Cambiar a otro antidepresivo

¿A qué AD cambiamos?

- ❖ Interacciones
- ❖ Perfil efectos secundarios
- ❖ Historia y experiencia de tratamientos previos
- ❖ Preferencias
- ❖ Características del paciente

Enfermedad Coronaria:

- Preferidos ISRS (Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina); Mirtazapina
- Evitar: Citalopram, Escitalopram, Duloxetina, Venlafaxina, Reboxetina

USO DE PSICOFÁRMACOS EN EL ANCIANO CON PATOLOGÍA MÉDICA		
Sedación. Efectos Anticolinérgicos. Efectos extrapiiramidales. Epilepsia. Dificultades cognitivas	Eventos cerebrovasculares. Hipo / Hipertensión arterial. Problemas conducción cardiaca. Depresión respiratoria. Facilitación de caídas	Efectos metabólicos (Glu, Lípidos). Hiponatremia. Hiperprolactinemia Ganancia de peso

=> EVITAR los que puedan AFECTAR a NIVEL COGNITIVO y CARDIOVASCULAR

Evitar Propiedades anticolinérgicas (ATC, Paroxetina)

Evitar Efectos a nivel cardiovascular (ATC, Citalopram, Escitalopram, IRSN, IRNA)

Tabla III. Antidepresivos en pacientes geriátricos.

Dosis inicial (mg/día)	Rango habitual de dosis (mg/día)	Efectos problemáticos y recomendaciones en situaciones especiales				
		Sistema nervioso central	Sistema cardiovascular	Otros efectos relevantes	Uso en insuficiencia renal	Uso en insuficiencia hepática
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)</b>						
Sertralina	25	50-100	Efecto ansiolítico. Sin efecto sedativo. Efectos extrapiiramidales leves (temblor, rigidez), pero el menor de los ISRS	Muy buena seguridad cardíaca	El menos anorexígeno de los ISRS. Posible hiponatremia pero riesgo más bajo. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico	No precisa ajuste  Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis mínima y vigilar tolerancia. Reducir dosis a la mitad

Angora-Cañego et al. Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. Psicogeriatría 2012; 4 (1): 1-19.  
<https://www.sps.nhs.uk/articles/choosing-a-suitable-antidepressant-for-people-with-coronary-heart-disease-chd/>

## 2.- ¿Qué estrategia seguirías para el cambio del antidepresivo?

1. Suspender Citalopram e iniciar la toma de Sertralina al día siguiente.
2. Al mismo tiempo, reducir gradualmente la dosis de Citalopram e ir incrementando la dosis de Sertralina.
3. Reducir gradualmente la dosis de Citalopram hasta suspender y al día siguiente iniciar gradualmente hasta la dosis objetivo de Sertralina.
4. Igual que 3, pero dejando un periodo de lavado antes de iniciar el nuevo AD.

## CAMBIO ENTRE AD

- ¿CUÁNDΟ?
  - Respuesta parcial, pobre o inadecuada al AD
  - Efectos adversos intolerables
  - Necesidad de tratamiento con F que interfiere
- CONSIDERACIONES (duración y estrategia de cambio)
  - *Urgencia* del cambio (paciente depresión grave, efecto adverso grave)
  - *Situación clínica* paciente (precaución en mayores y comorbilidades)
  - *Dosis actual del AD y su facilidad de retirada*
  - *Duración* del tratamiento AD (6 semanas)
  - *Perfil FD y FC* de los AD implicados (interacciones)
  - *Riesgo de síndrome serotoninérgico* (opioides, tramadol, selegilina, litio, linezolid...)
  - *Antecedentes de síntomas de discontinuación*
  - Riesgo de ocasionar un *EM*

- ✓ Posibles interacciones
- ✓ Síntomas retirada
- ✓ Monitorización estrecha paciente

Antidepresivos	CYP2D6	CYP1A2	CYP2C9	CYP2C19	CYP3A4
ADT					
Amitriptilina	○ ~	○	○	○	○
Clomipramina	○ ~	○	○	○	○
Desipramina	○ ~				
Imipramina	○ ~	○	○	○	○
Nortriptilina	○ ~				
Trimipramina	○ ~				
ISRS					
Fluoxamina	○ ~	○ ~	~	~	~
Fluoxetina	○ ~	~	○	○ ~	○ ~
Paroxetina	○ ~	~	○ ~	~	○ ~
Sertralina	○ ~	~	○ ~	○	○ ~
Citalopram	○ ~	~	○	○ ~	
Escitalopram	○ ~		○	○	
Otros					
Moclobemida	~	○ ~	○ ~		~
Bupropión	~				
Venlafaxina	○ ~		○		○
Duloxetina	○ ~	○			○
Mirtazapina	○	○			○
Reboxetina	~				○
Agomelatina		○			

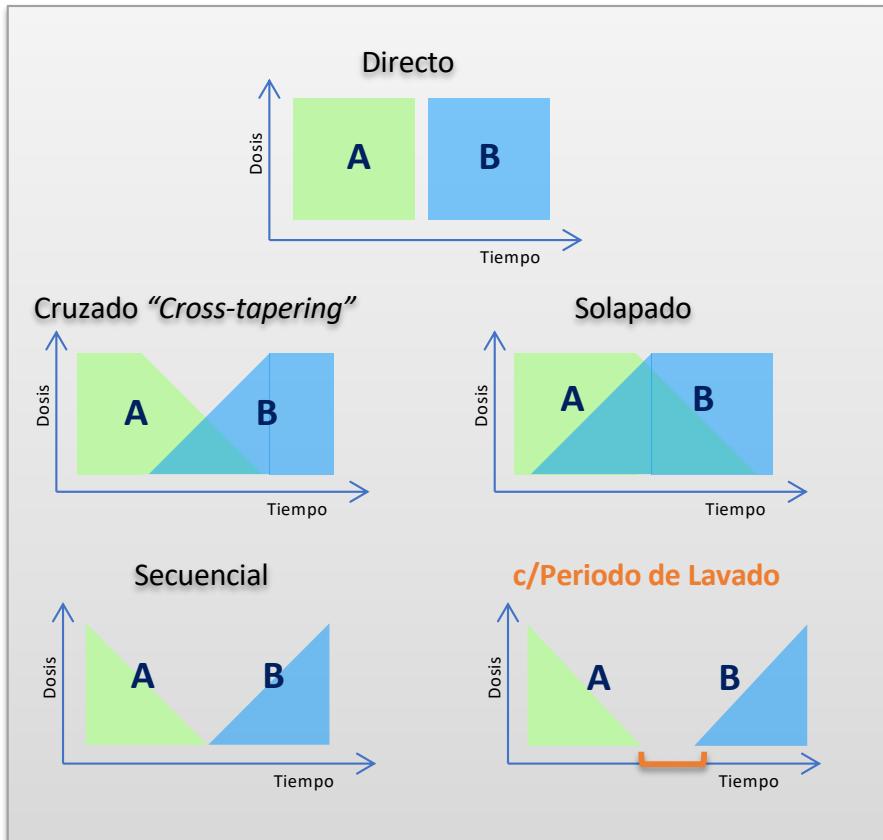
○: substrato; ~: inhibidor débil; ~: inhibidor moderado; ~: inhibidor potente  
ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

	Daily dose (mg)	Half-life	Time to reach steady state	Linear kinetics	Cytochrome P450 inhibition
Fluoxetine	20–80	1–4 days	5–11 weeks	No	2D6
Norfluoxetine	..	7–15 days	..	..	2D6, 3A4
Fluvoxamine	50–300	15 h	10 days	No	1A2, 2C19
Paroxetina	20–50	20 h	7–14 days	No	2D6
Sertraline	50–150	26 h	5–7 days	Yes	Minimal
Citalopram	10–60	36 h	6–10 days	Yes	Not relevant
Escitalopram	5–30	27–33 h	7–10 days	Yes	2C19, 2D6, 3A4

Adapted from Hiemke and colleagues.<sup>22</sup>

Table 3: Pharmacokinetic characteristics of SSRIs and their clinically active metabolites

## ESTRATEGIAS DE CAMBIO ENTRE AD



- **DIRECTO**

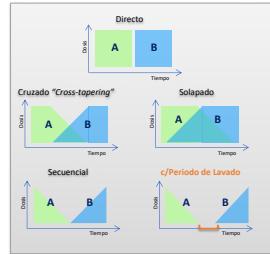
- Entre AD con el = perfil FD o que ∈ misma Clase
- ISRS => ISRS
- ISRS a dosis bajas => IRSN
- IRSN a dosis bajas\* => IRSN  
(\* <150mg Venlafaxina; <60mg Duloxetina)

- **CRUZADO**

- Estrategia más indicada
- Minimiza riesgo de interacciones
- Previene síntomas retirada
- (1-2 semanas; 4 a 6 si efectos adversos)
- ISRS a dosis altas => IRSN
- IRSN a dosis altas => IRSN

- **SECUENCIAL**

- Cuando hay riesgo de interacciones entre los F
- Es la estrategia más segura con T-lavado =>  $5 \cdot t_{1/2}$ .
- AD\* => IMAO (\*Fluoxetina, lavado de > 5 semanas)
- IMAO => AD



**CONGRESO NACIONAL**

FARMACIA ADAPTACIÓN RESULTADOS OPORTUNIDADES **FARO**

**Medicines Q&As**

**NHS** Specialist Pharmacy Service **UKMi** UK Medicines Information

**How do you switch between tricyclic, SSRI and related antidepressants?**

Prepared by UK Medicines Information (UKMi) pharmacists for NHS healthcare professionals  
Before using this Q&A, read the disclaimer at <https://www.sps.nhs.uk/articles/about-ukmi-medicines-qas/>  
Date prepared: October 2019

<b>Table 1: Switching antidepressants.</b>											
<b>1st agent ▾</b>	<b>Citalopram, escitalopram, paroxetine or sertraline</b>	<b>Fluvoxamine</b>	<b>Fluoxetine</b>	<b>TCA (except clomipramine)</b>	<b>Clomipramine<sup>†</sup></b>	<b>Venlafaxine</b>	<b>Duloxetine</b>	<b>Mirtazapine</b>	<b>Reboxetine<sup>‡</sup></b>	<b>Agomelatine</b>	<b>Vortioxetine</b>
<b>2nd agent ▷</b>											
<b>Citalopram, escitalopram, paroxetine or sertraline</b>	Direct switch* possible [2,8,9,15]	Direct switch* possible [2]	Direct switch* possible [2]	Cross-taper cautiously with low dose of TCA [2]	Discontinue SSRI gradually and stop - start clomipramine at low dose the following day [2]	Direct switch* possible [2] (caution if paroxetine used) [8,9]	Direct switch* possible (caution if paroxetine used) [2,3,10]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2] (caution if paroxetine used) [2]
<b>Fluvoxamine*</b>	Direct switch* possible [2]		Direct switch* possible [2]	Cross-taper cautiously with low dose of TCA [2]	Discontinue fluvoxamine gradually and stop - start clomipramine at low dose the following day [2]	Direct switch* possible (caution advised) [2,3]	Direct switch* possible (caution advised) [2,3]	Cross-taper cautiously. Start mirtazapine at 15mg daily [2]	Cross-taper cautiously [2]	Discontinue fluvoxamine gradually and stop - start agomelatine 4 days later [2]	Direct switch* possible [2]
<b>Fluoxetine 20mg daily<sup>##</sup></b>	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start second SSRI at a low dose 4 to 7 days later [2]	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start low dose fluvoxamine 4 to 7 days later [2]		Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start TCA at low dose 4 to 7 days later and increase dose very slowly [2,3,9]	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start low dose clomipramine 2 weeks later [2]	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start venlafaxine 4 to 7 days later (caution advised) [2,3]	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start duloxetine 4 to 7 days later (caution advised) [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Stop fluoxetine <sup>##</sup> – start vortioxetine at low dose 4 to 7 days later (caution advised) [2]
<b>TCA (except clomipramine)</b>	Gradually reduce the dose of TCA to 25-50mg daily – start SSRI then slowly withdraw TCA over next 5 to 7 days [3]	Cross-taper cautiously [2]	Halve dose of TCA, add fluoxetine and then slowly withdraw TCA [2]	Direct switch* possible [2]	Direct switch* possible [2]	Cross-taper cautiously, starting with low dose venlafaxine [2]	Cross-taper cautiously starting with low dose duloxetine [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Halve dose of TCA, start vortioxetine and then slowly withdraw TCA [2]

**Important: Use this table in conjunction with the previous notes**

<https://www.sps.nhs.uk/articles/how-do-you-switch-between-tricyclic-ssri-and-related-antidepressants/>

1st agent ▾	Citalopram, escitalopram, paroxetine or sertraline	Fluvoxamine	Fluoxetine	TCA (except clomipramine)	Clomipramine†	Venlafaxine	Duloxetine	Mirtazapine	Reboxetine‡	Agomelatine	Vortioxetine
2nd agent ▶											
<b>Clomipramine†</b>	Discontinue clomipramine gradually then stop – start SSRI at low dose the following day [2]	Discontinue clomipramine gradually then stop – start fluvoxamine at low dose the following day [2]	Discontinue clomipramine gradually then stop – start fluoxetine 10mg daily the following day [2]	Cross-taper cautiously [2]		Discontinue clomipramine gradually and stop – start venlafaxine at low dose the following day [2]	Discontinue clomipramine gradually and stop – start duloxetine at low dose the following day [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Discontinue clomipramine gradually and stop – start vortioxetine at low dose the following day [2]
<b>Venlafaxine</b>	Direct switch* possible [2] (caution advised if paroxetine used) [8]	Direct switch* possible [2]	Direct switch* possible [2] (caution advised) [8]	Cross-taper cautiously with low dose of TCA [2]	Discontinue venlafaxine gradually and stop – start clomipramine at low dose the following day [2]		Direct switch* possible starting with duloxetine 60mg daily [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Direct switch* possible [2]
<b>Duloxetine</b>	Direct switch* possible [2]	Direct switch* possible [2]	Direct switch* possible [2]	Cross-taper cautiously with low dose of TCA [2]	Discontinue duloxetine gradually and stop – start clomipramine at low dose the following day [2]	Stop duloxetine – start venlafaxine at low dose the following day [2]		Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Direct switch* possible [2]
<b>Mirtazapine</b>	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]		Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]
<b>Reboxetine</b>	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]		Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]
<b>Agomelatine</b>	Stop agomelatine – start SSRI the following day [2,14,15]	Stop agomelatine – start fluvoxamine the following day [2]	Stop agomelatine – start fluoxetine the following day [2]	Stop agomelatine – start TCA the following day [2]	Stop agomelatine – start clomipramine the following day [2]	Stop agomelatine – start venlafaxine the following day [2]	Stop agomelatine – start duloxetine the following day [2]	Stop agomelatine – start mirtazapine the following day [2]	Stop agomelatine – start reboxetine the following day [2]		Stop agomelatine – start vortioxetine the following day [2]
<b>Vortioxetine<sup>a</sup></b>	Direct switch* <sup>a</sup> possible (caution if paroxetine used) [2]	Direct switch* <sup>a</sup> possible [2]	Direct switch* <sup>a</sup> possible (caution advised) [2]	Cross-taper cautiously with low-dose TCA [2]	Discontinue vortioxetine <sup>a</sup> gradually and stop – start clomipramine at low dose the following day [2]	Direct switch* <sup>a</sup> possible [2]	Direct switch* <sup>a</sup> possible [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	Cross-taper cautiously [2]	

**Table 1: Switching to an MAOI or moclobemide**

1st agent ▾	MAOI (phenelzine or isocarboxazid or tranylcypromine)	Moclobemide
2nd agent ▶		
Citalopram Escitalopram Fluvoxamine	Discontinue SSRI gradually and stop – start MAOI 7 (phenelzine or isocarboxazid) to 14 (tranylcypromine) days later [2,3,4,5,6,7,8].	Discontinue SSRI gradually and stop – start moclobemide 7 days later [2,3,4,6].
Sertraline	Discontinue sertraline gradually and stop – start MAOI 7 to 14 days later [2,3,7,8,9,10].	Discontinue sertraline gradually and stop – start moclobemide 7 to 14 days later [2,3,9]. See note (a).
Paroxetine	Discontinue paroxetine gradually and stop – start MAOI 7 to 14 days later [2,7,8,10,11].	Discontinue paroxetine gradually and stop – start moclobemide 7 days later [2,11].
Fluoxetine <sup>§</sup>	Stop fluoxetine – start MAOI 5 to 6 weeks later [2,7,8,10,12].	Stop fluoxetine – start moclobemide 5 to 6 weeks later [2,3]. See note (a).
TCA	Discontinue TCA gradually and stop – start MAOI 7 to 21 days later, depending on TCA being taken [2,3,8,10,13]. See note (b).	Discontinue TCA gradually and stop – start moclobemide 7 days later [2].
Venlafaxine	Discontinue venlafaxine gradually and stop – start MAOI at least 7 days later [2,14].	Discontinue venlafaxine gradually and stop – start moclobemide at least 7 days later [2,14].
Duloxetine	Discontinue duloxetine gradually and stop – start MAOI at least 5 days later [3,15].	Discontinue duloxetine gradually and stop – start moclobemide at least 5 days later [3,15].
Mirtazapine	Discontinue mirtazapine gradually and stop – start MAOI 14 days later [2,18].	Discontinue mirtazapine gradually and stop – start moclobemide 7 days later [2].
Reboxetine	Discontinue reboxetine gradually and stop – start MAOI at least 7 days later [2].	Discontinue reboxetine gradually and stop – start moclobemide at least 7 days later [2].
MAOI See note (c)	Discontinue the first MAOI gradually and stop – start the second MAOI 14 days later [2,3,10].	Discontinue MAOI gradually and stop – start moclobemide 14 days later [2,10,19].
Moclobemide	Discontinue moclobemide gradually and stop – start MAOI 24 hours later [2,3].	
Agomelatine See note (d)	Stop agomelatine abruptly – start MAOI the next day [2].	Stop agomelatine abruptly – start moclobemide the next day [2].
Vortioxetine <sup>§§</sup> See note (e)	Stop vortioxetine abruptly – start MAOI 14 to 21 days later [2,16].	Stop vortioxetine abruptly – start moclobemide 7 days later [2].

§ Fluoxetine at doses greater than 20mg should be withdrawn gradually rather than stopping abruptly [2].  
 §§ Vortioxetine at doses greater than 10mg should be reduced to 10mg over one week before stopping [2].

**Table 2: Switching from an MAOI or moclobemide to SSRI, TCA or related antidepressants**

1st agent ▾	SSRI	TCA	SNRI (venlafaxine, duloxetine) and mirtazapine	Reboxetine	Agomelatine See note (d)	Vortioxetine See note (e)
2nd agent ▶						
MAOI See note (c)	Discontinue MAOI gradually and stop – start SSRI 14 days later [2,3,4,5,6,8,11,12].	Discontinue MAOI gradually and stop – start TCA 14 days later [2,3,14,15,18]. Increase this interval to 21 days with clomipramine or imipramine [2,13,17,20].	Discontinue MAOI gradually and stop – start SNRI or mirtazapine 14 days later [2,3,14,15,18].	Discontinue MAOI gradually and stop – start reboxetine 14 days later [2,3].	Cross-taper cautiously [2].	Discontinue MAOI gradually and stop – start vortioxetine 14 days later [2,3,16].
Moclobemide	Discontinue moclobemide gradually and stop – start SSRI 24 hours later [2,6,11].	Discontinue moclobemide gradually and stop – start TCA 24 hours later [2,17,19].	Discontinue moclobemide gradually and stop – start SNRI or mirtazapine 24 hours later [2].	Discontinue moclobemide gradually and stop – start reboxetine 24 hours later [2].	Discontinue moclobemide gradually and stop – start agomelatine 24 hours later [2].	Discontinue moclobemide gradually and stop – start vortioxetine 24 hours later [2].

## IMAO SECUENCIAL CON PERIODO LAVADO

<https://www.sps.nhs.uk/articles/how-do-you-switch-between-monoamine-oxidase-inhibitors-and-ssri-tricyclic-or-related-antidepressants/>

## Julián

## X<sup>a</sup> VGI

ADIRO 100MG COMP	1-0-0-0
ATORVASTATINA 20MG COMP	0-0-1-0
BISOPROLOL COR 2,5MG COMP	1-0-0-0
DONEPEZILO 10MG COMP BUCODISP	0-0-1-0
IRBESARTAN 150 COMP	1-0-0-0
LANSOPRAZOL 15MG BUCODISP	1-0-0-0
LORAZEPAM 1MG COMP	0-0-0-1
MEMANTINA 20MG FLAS	1-0-0-0
PARACETAMOL 650G COMP SI DOLOR	1-0-1-0
SERTRALINA 20MG/ML SOLUCIÓN (50MG/24h)	2,5mL en De
TIOTROPI/OLODATEROL 2,5/2,5 MCG/PULS RESPIMAT	2 INH/24h

### PRUEBAS VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

BARTHEL	20	D. Leve ABVD
TINETTI	13	Inestabilidad Moderada
DOWNTON	5	Riesgo Alto Caídas
NORTON	14	Sin riesgo UPP
MMSE	0	<b>Deterioro Cognitivo (Muy Grave)</b>
GDS-REISBERG	7	<b>Demencia Muy Grave (Avanzada)</b>
NPIQ	0	No alteración
CORNELL	4	<b>No hay depresión</b>
SOCIAL		Buena participación y apoyo sociofam
IF-CSS	0,48	<b>(14/27) Fragilidad Moderada</b>



### SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- Deterioro Cognitivo
- Disfagia
- ITU-repetición
- Incontinencia
- Inestabilidad; Riesgo caídas
- Yatrogenia / Polifarmacia
- Fragilidad



### 3.- ¿Qué recomendarías en esta situación respecto al tratamiento antidepresivo?

1. Mantenerlos porque la depresión empeora el pronóstico de la demencia.
2. Retirarlos para reducir polifarmacia.
3. Reevaluar el balance beneficio/riesgo.
4. Reevaluar el balance beneficio/riesgo atendiendo al diagnóstico situacional de forma conjunta con el equipo asistencial y tomar una decisión compartida e informada con la familia/paciente

# DEMENCIA AVANZADA

- Establecer Diagnóstico de situación (VGI)
- Reevaluar el balance beneficio/riesgo
- Criterios de PPI
  - STOPP; STOPP-PAL
  - BEERS
  - PRISCUS
  - Otros
- Toma de decisiones compartida

- Estadío GDS-FAST 6 ó 7
- Dependencia para ABVD
- Pérdida progresiva de:
  - Capacidad deambular
  - Control postural
  - Habla, gestos
  - Reconocimiento familiares cercanos

- Dificultad para establecer fase terminal
  - GDS-FAST 7c-7d (no deamb, sentarse)
  - KATZ D o peor (dep. vestir, baño y otra)
  - PP >10% últimos 6 m y Alb < 2,5 mg/dL
  - Infecciones recurrentes
  - UPP

Síntomas depresivos pierden relevancia en Demencia avanzada  
(Prodrómicos; 36% en DC-Leve; 50% en Demencia mod-grave)

## DEPRESCRIPCIÓN AD

- ✓ Priorizar
- ✓ Síntomas retirada
- ✓ Monitorización estrecha paciente

## SINTOMAS DE RETIRADA O DISCONTINUACIÓN

- ¿Qué son?
- ¿Por qué aparecen?
- ¿Cómo evitarlos?
- Factores predisponentes
- Ideas clave

- ✓ > 6 semanas tto AD
- ✓ ↓ D o retirada
- ✓ Diferentes para cada persona (presentación heterogéneos)
- ✓ Diferentes para cada AD
- ✓ **Frecuentes (56% \*)**
- ✓ **Graves (46%\*)**
- ✓ **Duraderos (meses, años; Md=79meses\*)**
- ✓ Confusión con síntomas de recaída

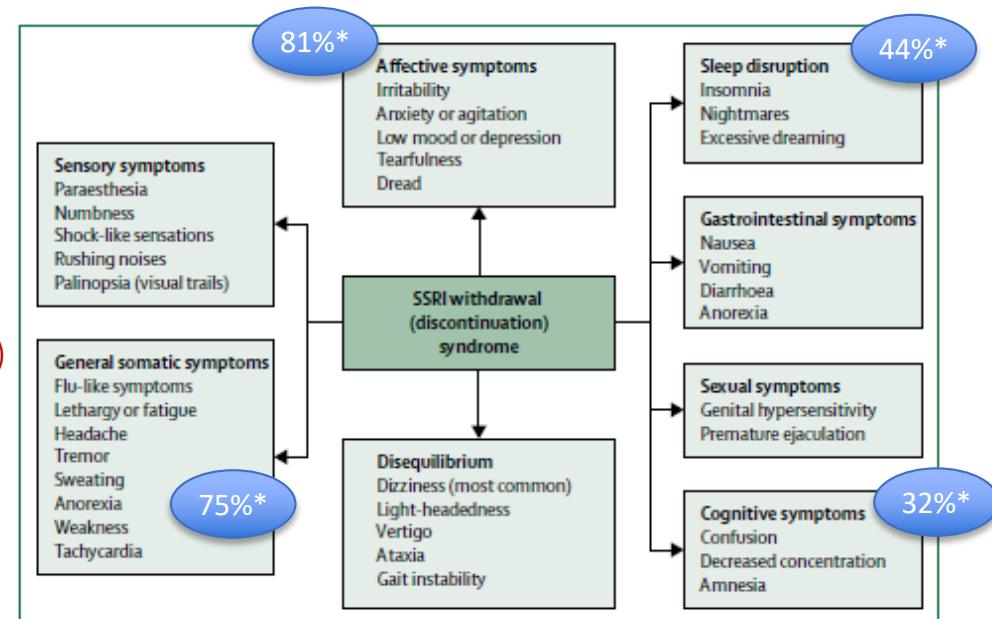
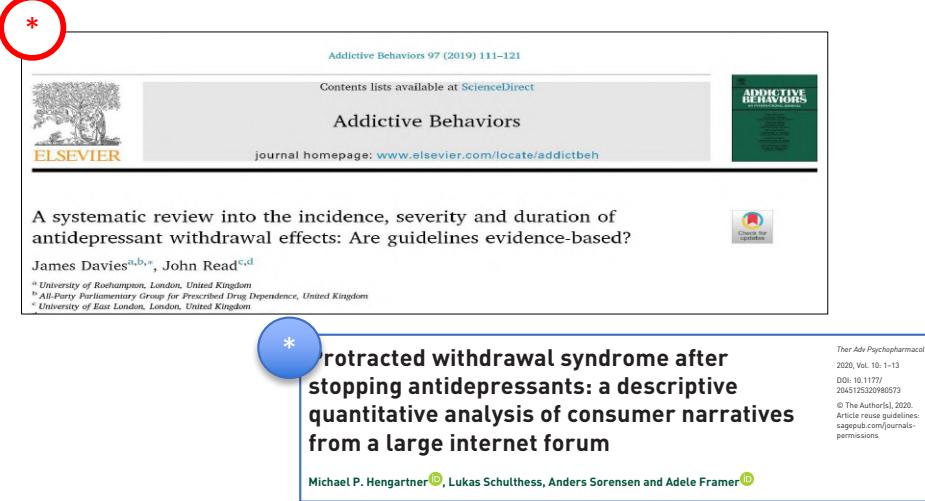
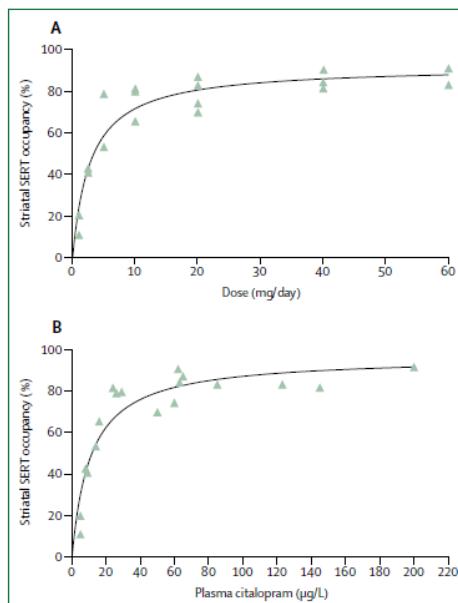
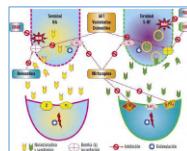


Figure 1: Symptoms of SSRI withdrawal (discontinuation) syndrome

<b>F (flu-like)</b>	síntomas pseudogripales (fatiga, letargia, mialgia, escalofríos)
I	insomnio
N	náuseas
I	inestabilidad (mareos, vértigo, ataxia)
S	trastornos sensoriales (parestesias, de descarga eléctrica)
H	hiperactivación (inquietud, agitación, ansiedad)

## SINTOMAS DE RETIRADA O DISCONTINUACIÓN

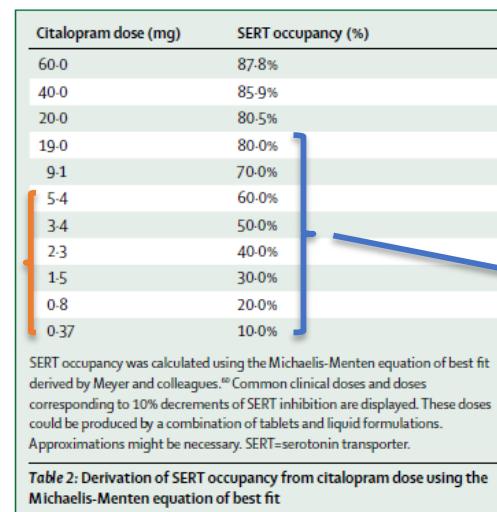
- ¿Qué son?
- ¿Por qué aparecen?
- ¿Cómo evitarlos?
- Factores predisponentes
- Ideas clave



**Figure 3:** Hyperbolic relationship between SERT and dose or plasma concentration of citalopram  
 (A) Relationship between dose of citalopram and SERT occupancy (%).  
 (B) Relationship between plasma level of citalopram and SERT occupancy (%).  
 SERT=serotonin transporter. Reproduced from Meyer and colleagues,<sup>10</sup> by permission of the American Journal of Psychiatry.

### • Neuroadaptación

- o Reducción de dosis de F a mayor velocidad a la que se alcanza el nuevo equilibrio/homeostasis de Nt y R afectados
- o Esquema de reducción de dosis *lineal vs hiperbólico*



- Disminuir la dosis en cantidades fijas no tiene por qué conllevar reducciones fijas de efecto biológico (Ej: ocupación del receptor)
- Una reducción lineal del efecto farmacológico => patrón hiperbólico de reducción de dosis

Reducción del 10% ocupación del transportador de serotonina

## SINTOMAS DE RETIRADA O DISCONTINUACIÓN

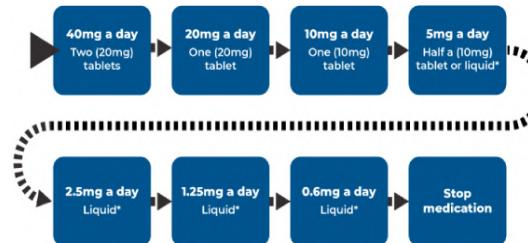
- ¿Qué son?
- ¿Por qué aparecen?
- **¿Cómo evitarlos?**
- Factores predisponentes
- Ideas clave

- Reducir gradualmente la dosis
- “Stop slow as you go slow” (esquema hiperbólico)
- Pausa entre reducciones de dosis => 1 a 4 semanas
- “Paso atrás para seguir adelante”



### Citalopram

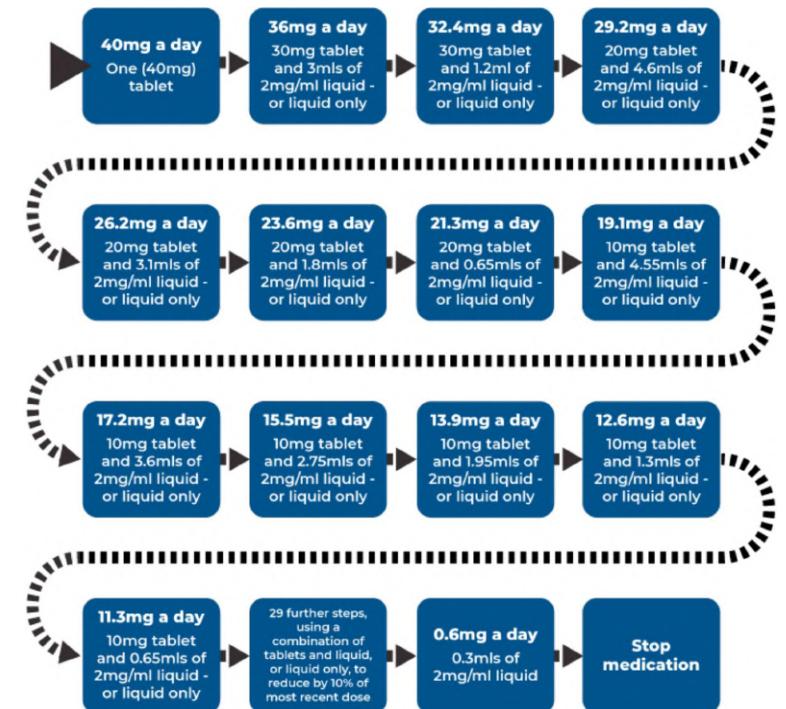
Reduction of dose by 50%, every 2-4 weeks. Some people may need to reduce more slowly. (Updated October 2020)



\* Note: 8mg of citalopram (as hydrochloride) from oral drops is equivalent to 10mg of citalopram (as hydrobromide) in tablet form, so care should be taken when converting dose.

### Paroxetine

Reduction by 10% of the last dose, every 2-4 weeks using tablets and liquid. Some people may need to reduce more slowly. (Updated October 2020)



## SINTOMAS DE RETIRADA O DISCONTINUACIÓN

- ¿Qué son?
- ¿Por qué aparecen?
- ¿Cómo evitarlos?
- Factores predisponentes
- Ideas clave

Riesgo Elevado	Riesgo Moderado	Bajo Riesgo	Muy bajo Riesgo
Amitriptilina	(Es-)Citalopram	Bupropion	Agomelatina
Clomipramina	Fluvoxamina	Fluoxetina	
Paroxetina	Imipramina		
(Des-)Venlafaxina	Lofepramina		
Duloxetina	Nortriptilina		
	Mirtazapina		
	Reboxetina		
	Sertralina		
	Trazodona		
	Vortioxetina		

### Incidencia y gravedad dependen de:

- Dosis y duración tto
- Tipo AD ( $t_{1/2}$ , afinidad por receptores)
- Método de retirada
  - Esquema de reducción de dosis
  - Velocidad reducción
  - Tiempo entre reducciones de D
- Características del paciente (fact. genéticos y psicológicos)

### Intervalo de tiempo para reducción de D

- Mínimo: 4 semanas
- Depende de:
  - Riesgo individual de desarrollar síntomas de retirada
  - Preferencias del paciente
  - Experiencia durante la retirada
  - $t_{1/2}$  del AD

## SINTOMAS DE RETIRADA O DISCONTINUACIÓN

- ¿Qué son?
- ¿Por qué aparecen?
- ¿Cómo evitarlos?
- Factores predisponentes
- Ideas clave

Citalopram (mg/day)	Escitalopram (mg/day)	Fluvoxamine (mg/day)	Paroxetina (mg/day)	Sertraline (mg/day)	Duloxetina (mg/day)	Venlafaxine (mg/day)
Step 1 20.0	10.00	50.0	20.0	50.00	60.0	75.0
Step 2 10.0	5.00	30.0	10.0	25.00	30.0	37.5
Step 3 6.0	3.00	20.0	7.0	15.00	15.0	20.0
Step 4 4.0	2.00	15.0	5.0	10.00	10.0	12.0
Step 5 3.0	1.50	10.0	3.0	7.50	6.0	7.0
Step 6 2.0	1.00	5.0	2.0	5.00	4.0	5.0
Step 7 1.0	0.50	2.5	1.0	2.50	2.0	3.0
Step 8 0.5	0.25	0.0	0.5	1.25	1.0	2.0
Step 9 0.0	0.00	..	0.0	0.00	0.0	1.0
Step 10 ..	..	..	..	..	..	0.0

Hyperbolic reductions are calculated based on a desired 10% reduction in serotonin transporter occupancy per step, following the Michaelis-Menten equation: Dose =  $(\text{Occupancy} / B_{max}) \times (ED_50 / (1 - \text{Occupancy} / B_{max}))$ , where  $B_{max}$  is the maximal occupancy possible,  $ED_50$  is the dose with 50% occupancy, and both are determined per drug on the basis of PET data (appendix pp 14). Depending on occurrence and tolerability of antidepressant withdrawal symptoms, which might still be occurring when following these steps, the interval between steps (or dosages) can be adjusted via shared decision making by the patient and physician. This Taskforce does not consider prolonged use of any dosage of these discontinuation steps without further attempts of discontinuation as being rational pharmacotherapy. SNRI=serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor.

Table: Steps in dosing to discontinue SSRIs and SNRIs in case of one or more risk factors for acute withdrawal syndrome

- ✓ *NO son un signo de recaída*, tampoco de necesidad prolongada o indefinida del AD. ¿Qué los diferencia?
  - Inicio rápido
  - Tipo síntomas
  - “Autolimitados”
  - Mejoran rápidamente con el reinicio del AD

- ✓ SON un signo de que el paciente *necesita una reducción de Dosis mucho más lenta*
- ✓ SON frecuentes, pueden ser duraderos, graves y discapacitantes
- ✓ ¿A qué velocidad REDUCIR la dosis de AD? => aquella en la que el paciente está confortable => *individualizar. Reducción Hiperbólica de la dosis*
- ✓ Si el paciente experimenta síntomas de retirada desagradables:

- Mantener la dosis de AD hasta su control/desaparición o Incrementar a la dosis de AD a la anterior en la que estaba estable
- Intentar reducir de nuevo pero a una velocidad más lenta tras haberse estabilizado (menor reducción de dosis o intervalos de tiempo más prolongados entre dosis)
- ✓ Problemas prácticos => ¿Cómo conseguir las dosis más pequeñas?
  - Fraccionar FF sólidas
  - Utilizar FF líquidas
  - Diluciones
  - Formulación Magistral



Sigmund copyright 2018 Peter de Wit

## Deprescripción Sertralina

- Esquema retirada: (Estándar: Reducir 25-50% la dosis cada 1-2 semanas)
- En pacientes complejos con riesgo de síntomas de retirada  
=> Reducción Hiperbólica dosis

REDUCCIÓN HIPERBÓLICA DOSIS SERTRALINA								
Reducciones		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>
D (mg)	50mg	25mg	15	10	7,50	5	2,5	1,25
Semana	-	1-2	3-4	5-6	7-8			
Comp	1 comp 50mg	1 comp 25mg	-	-	-			
Solución 20mg/mL	2,5 mL	1,875 mL	0,750 mL	0,500 mL	0,375 mL	0,250 mL	0,125 mL	0,063mL

- Monitorización estrecha en cada paso:
  - Cornell => signos depresivos
  - NPI-Q => alteraciones neuropsiquiátricas
  - Registro enfermería
- Si aparición de síntomas retirada
  - Mantener dosis hasta resolución o
  - Retornar a la dosis anterior hasta resolución

### DAILY CHECKLIST OF ANTIDEPRESSANT WITHDRAWAL SYMPTOMS

The 5-Step Antidepressant Tapering Program

Name: \_\_\_\_\_ Antidepressant: \_\_\_\_\_  
 Day: \_\_\_\_\_ (1, 2, 3, etc. since last dosage reduction) Date: \_\_\_\_\_ Day of week: \_\_\_\_\_  
 Dose prior to this reduction: \_\_\_\_\_ mg/day New dose: \_\_\_\_\_ mg/day

PSYCHIATRIC SYMPTOMS	✓	MEDICAL SYMPTOMS	✓
<i>That Mimic Depression</i>			
1. Crying spells		That Mimic the Flu	
2. Worsened mood		29. Flu-like aches and pains	
3. Low energy (fatigue, lethargy, malaise)		30. Fever	
4. Trouble concentrating		31. Sweats	
5. Insomnia or trouble sleeping		32. Chills	
6. Change in appetite		33. Runny nose	
7. Suicidal thoughts		34. Sore eyes	
8. Suicide attempts		<i>That Mimic Gastroenteritis</i>	
		35. Nausea	
		36. Vomiting	
		37. Diarrhea	
		38. Abdominal pain or cramps	
		39. Stomach bloating	
		<i>Dizziness</i>	
		40. Disequilibrium	
		41. Spinning, swaying, lightheaded	
		42. Hung over or waterlogged feeling	
		43. Unsteady gait, poor coordination	
		44. Motion sickness	
		<i>Headache</i>	
		45. Headache	
		<i>Confusion and Memory Problems</i>	
		46. Tremor	
		19. Confusion or cognitive difficulties	
		20. Memory problems or forgetfulness	
		<i>Mood Swings</i>	
		47. Numbness, burning, or tingling	
		21. Elevated mood (feeling high)	
		48. Electric zap-like sensations in the brain	
		22. Mood swings	
		49. Electric shock-like sensations in the body	
		23. Manic-like reactions	
		50. Abnormal visual sensations	
		<i>Hallucinations</i>	
		51. Ringing or other noises in the ears	
		24. Auditory hallucinations	
		52. Abnormal smells or tastes	
		25. Visual hallucinations	
		<i>Other</i>	
		53. Drooling or excessive saliva	
		26. Feeling detached or unreal	
		54. Slurred speech	
		55. Blurred vision	
		56. Muscle cramps, stiffness, twitches	
		57. Feeling of restless legs	
		58. Uncontrollable twitching of mouth	

Global assessment of severity of withdrawal symptoms for the day

	None		Mild		Moderate		Severe				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
✓											

Copyright 2005 © Joseph Glenmullen, MD

[www.antidepressantsolution.com](http://www.antidepressantsolution.com)



@elimarfervil  
fernandez eli@gva.es