



ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE MARÍA GARCÍA DE DOMPABLO

R2 DE JOSÉ AGUADO 1





ÍNDICE

1. Patología del estado de ánimo
2. Historia clínica
3. Enfoque terapéutico inicial
 - Antidepresivos
 - Ansiolíticos e hipnóticos
4. Escalada de tratamiento
5. “Tips”

PATOLOGÍA DEL ESTADO DE ÁNIMO

- **Trastorno adaptativo (con ansiedad, síntomas depresivos o mixto)**
- Depresión mayor
- Distimia
- Trastorno bipolar
- Ciclotimia

- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

HISTORIA CLÍNICA

- Consciencia, orientación, colaboración o abordabilidad, aspecto general.
- Ánimo: ¿reactivo? ¿síntomas endógenos?
- Ansiedad: ¿ideica? ¿somática?
- Curso y contenido del pensamiento
- Sensopercepción: ¿alucinosis? ¿alucinaciones?
- Sueño: ¿insomnio? ¿hipersomnias?

- Desencadenante: entorno socio-económico

ENFOQUE TERAPÉUTICO INICIAL

- Ánimo: antidepresivos
- Ansiedad: antidepresivos y ansiolíticos
- Insomnio: antidepresivos e hipnóticos

- Se puede derivar directamente al paciente a consultas de psicología como apoyo de la terapia farmacológica.

ANTIDEPRESIVOS ISR-S

- Citalopram: Pocos efectos adversos e interacciones, ancianos polimedicados
- Escitalopram: Neutro, muy versátil, pocas interacciones
- Fluoxetina: Activador, va bien en el control de la impulsividad. No aumenta el peso.
- Paroxetina: Tranquilizante, va bien en crisis de ansiedad. Algo sedante
- Sertralina: Discreto carácter activador. El mas seguro CV: cardiópatas. No eleva PRL: hiperprolactinemia

- En general los ISRS son fármacos muy seguros y pueden utilizarse como primer fármaco.



ANTIDEPRESIVOS ISR-NA

- Reboxetina (Irenor®): Activador.
- Poco usado en 1ª línea, suele utilizarse en pacientes con largo historial de alteraciones anímicas y que no han respondido a otras múltiples opciones terapéuticas.

ANTIDEPRESIVOS DE ACCIÓN DUAL S-NA

- Duloxetina: Neutro. Dolor neuromediado y síndrome de sensibilización central.
- Venlafaxina: Tranquilizante.
- Desvenlafaxina: Tranquilizante. No tiene paso hepático: hepatópatas

- Los tres suelen mostrar eficacia frente a somatizaciones. En general se consideran fármacos de 2ª línea en pacientes no respondedores a otros antidepresivos.

- Durante el uso de estos fármacos está indicado realizar controles de TA

ANTIDEPRESIVOS IRS PRE + POSTSINÁPTICOS

- Mirtazapina: Tranquilizante y sedante. Aumenta el apetito. Pocos EA sexuales
- Trazodona: Tranquilizante y sedante. No está descrito el aumento del apetito. Pocos EA sexuales. Descritos casos de priapismo. **Prolonga el QT y es arritmogénico, contraindicado en pacientes que han sufrido un IAM.**
- Ambos fármacos funcionan muy bien en el insomnio y son excelentes ahorradores de BZD.
- Pueden usarse en 1ª línea o como 2º fármaco en pacientes no respondedores.

ANTIDEPRESIVOS IR-NA+DOPA

- Bupropion (Elontril®): Activador. Esta descrita la pérdida de peso. Pocos efectos adversos sexuales.
- Puede utilizarse en 1ª línea o como 2º fármaco en pacientes no respondedores.

ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS DE MELATONINA

- Agomelatina (Valdoxan®): Tranquilizante, no sedante. Pocos efectos adversos sexuales. No aumenta el peso.
- Poco usado en 1ª línea, suele utilizarse en pacientes con largo historial de alteraciones anímicas y que no han respondido a otras múltiples opciones terapéuticas.
- **Hay que realizar PFH a los 3 meses y luego cada 6 meses**

ANTIDEPRESIVOS MULTIMODALES

- Vortioxetina (Brintellix®): Neutro.
- Se considera un fármaco de 2ª línea para pacientes no respondedores a otras opciones terapéuticas.
- **NINGÚN FARMACO VISTO HASTA AHORA PUEDE MEZCLARSE CON INHIBIDORES DE MONOAMINOOXIDASA (IMAO): RIESGO DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICO**

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS: BZD

- Clordiazepóxido (Huberplex®): Ansiolítico e hipnótico. $t_{1/2}$ 100h
- Diazepam (Valium®): Ansiolítico e hipnótico. Miorrelajante. $t_{1/2}$ 75h
- Flurazepam (Dormodor®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 75h
- Clonazepam (Rivotril®): Ansiolítico. $t_{1/2}$ 45h
- Clorazepato dipotásico (Tranxilium®): Ansiolítico. $t_{1/2}$ 40h
- Ketazolam (Sedotime®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 36h

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS: BZD

- Bromazepam (Lexatin®): Ansiolítico. $t_{1/2}$ 20h
- Lorazepam (Orfidal®): Ansiolítico e hipnótico. $t_{1/2}$ 15h
- Alprazolam (Trankimazin®): Ansiolítico. $t_{1/2}$ 12h
- Lormetazepam (Noctamid®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 12h
- Brotizolam (Sintonal®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 5h
- Triazolam (Halcion®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 3h

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS: FÁRMACOS Z

- Zopiclona (Datolan®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 5h
- Zolpidem (Stilnox®): Hipnótico. $t_{1/2}$ 3h

- Análogos de BZD. Afectan menos a la arquitectura del sueño.
- Dada su vida media son mas eficaces en el insomnio de conciliación.

ESCALADA DE TRATAMIENTO

- La mayoría de alteraciones de estado de ánimo que vemos en consulta son trastornos adaptativos reactivos a situaciones de la vida diaria. Se pueden abordar con psicoterapia o iniciando un antidepresivo a dosis baja. Los ISRS son una muy buena elección como 1ª línea.
- Tienen un inicio de acción lento, de unas 2-3 semanas, por lo que pueden requerir de apoyo de BZD para control de ansiedad e insomnio. A la larga regulan también estos síntomas.

ESCALADA DE TRATAMIENTO

- Si no hay respuesta en 4-6 semanas, la primera medida a tomar sería aumentar la dosis del antidepresivo elegido, repitiendo el proceso hasta la dosis máxima.
- La siguiente medida sería valorar un cambio de antidepresivo o añadir un segundo fármaco, en función de las características del paciente. Se puede hacer el cambio por un fármaco del mismo grupo o de uno diferente, pues la respuesta a cada uno es muy variable entre individuos.

ESCALADA DE TRATAMIENTO

- Cuando se resuelve el cuadro, es aconsejable mantener el tratamiento al menos 6 meses. Posteriormente se debe reducir paulatinamente la dosis del antidepresivo.
- En recaídas o cuadros distímicos de larga evolución, se puede reintroducir el mismo fármaco e incluso mantener de forma indefinida como tratamiento crónico.

“TIPS”

- Cardiópatas -> Sertralina
- Hepatópatas -> Desvenlafaxina
- Obesidad -> Bupropion, fluoxetina, trazodona, agomelatina
- Hiporexia -> Mirtazapina
- Insomnio -> Mirtazapina, trazodona
- Predominio de impulsividad -> Fluoxetina
- Predominio de crisis de ansiedad -> Paroxetina
- Componente de dolor neuromediado -> Duloxetina

BIBLIOGRAFÍA

- **Guía farmacológica en Psiquiatría.** 15ª edición. S. López Galán
- **Psicofarmacología esencial de Sthal: guía del prescriptor.** 6ª edición. S. Sthal
- Guías Fisterra para Depresión mayor en el adulto y Trastornos adaptativos con ansiedad y estado de ánimo deprimido.