

TRASTORNOS DE ANSIEDAD



Laila Al Chaal Marcos
Médico especialista en Psiquiatría
Complejo Asistencial de Segovia

ÍNDICE

1. CONCEPTOS BÁSICOS

- ANSIEDAD ADAPTATIVA VS PATOLÓGICA
- ETIOPATOGENIA
- CUADRO CLÍNICO

2. DIAGNÓSTICO

- DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN
- CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA
- DIFERENCIAS DSM IV-TR CON DSM-5
- CIE-10

3. NEUROBIOLOGÍA Y NEUROQUÍMICA DE LA ANSIEDAD

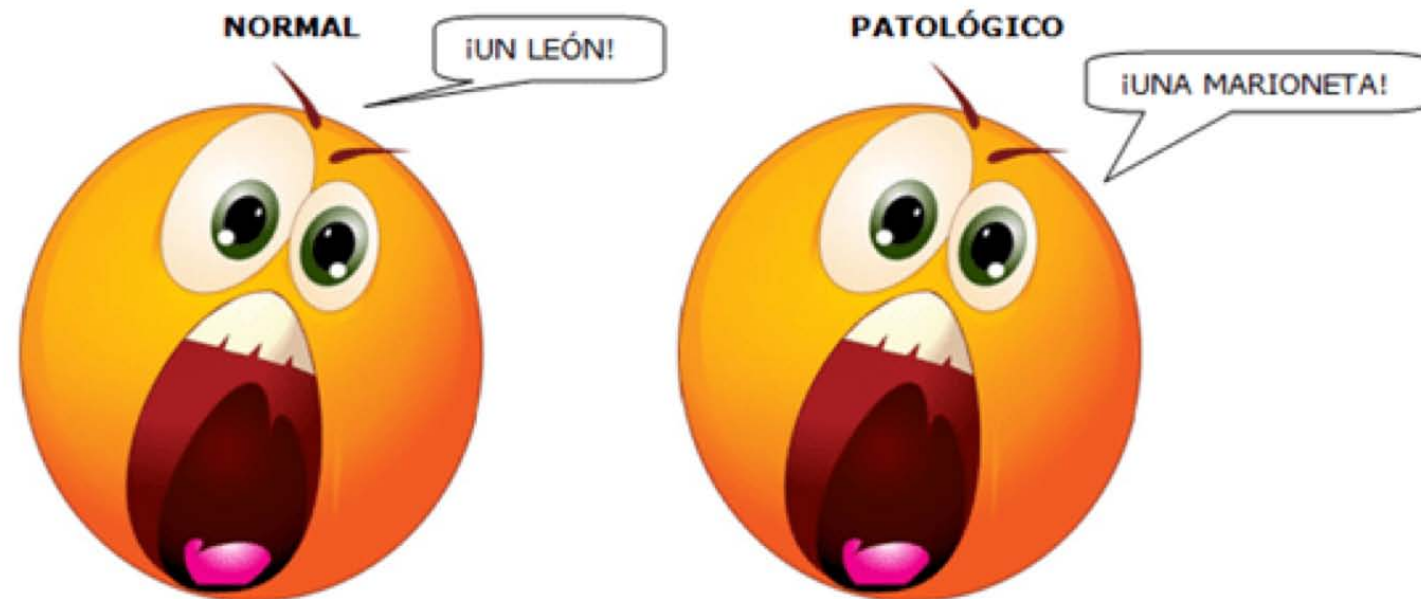
4. ABORDAJE TERAPÉUTICO

- *Ansiedad*: respuesta adaptativa, alerta ante una posible amenaza o potencial peligro, congruente y proporcionada a la situación que estamos viviendo, permitiendo adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza e incrementar posibilidad de supervivencia
- *Estrés*: Indispensable que haya estreso
- *Miedo*: Percepción de un peligro concreto real, consciente, externo, presente o que amenaza con materializarse



ANSIEDAD ADAPTATIVA VS PATOLÓGICA

ANSIEDAD ADAPTATIVA	ANSIEDAD PATOLÓGICA
• Respuesta congruente, reactiva y adaptada al estímulo	• Respuesta exagerada, incontrolable, imprevisible
• Episodios poco frecuentes	• Episodios recurrentes, ansiedad continua
• Duración breve, limitada en el tiempo	• Duración prolongada
• Intensidad leve y adecuada a la situación	• Intensidad elevada y desproporcionada
• Motivadora, mejora rendimiento	• Paralizante, empeora rendimiento
• No interfiere o muy levemente con la vida diaria	• Gran interferencia en la vida diaria



ETIOPATOGENIA

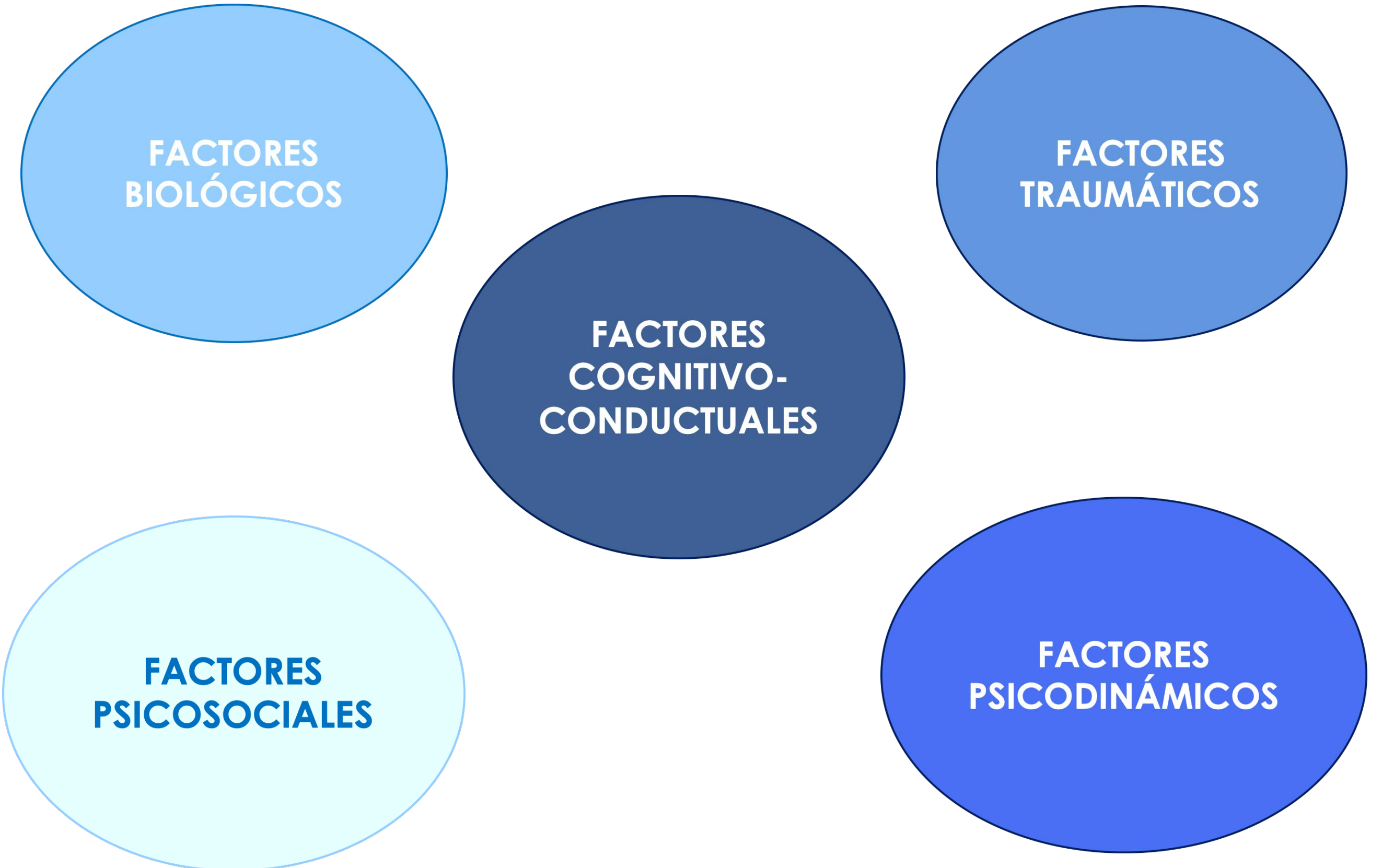
**FACTORES
BIOLÓGICOS**

**FACTORES
TRAUMÁTICOS**

**FACTORES
COGNITIVO-
CONDUCTUALES**

**FACTORES
PSICOSOCIALES**

**FACTORES
PSICODINÁMICOS**



CUADRO PSICOPATOLÓGICO

SÍNTOMAS FÍSICOS:



- Taquicardia
- Dolor de pecho
- Respiración corta y difícil
- Trastornos gastrointestinales
- Estreñimiento
- Manos frías o mojadas



- Debilidad
- Temblores
- Palidez
- Estimulación al orinar
- Contracciones musculares
- Diarrea



- Náuseas
- Sudoración
- Sensación de calor o frío
- Boca seca
- Mareos
- Dificultad para dormir
- Pérdida de apetito

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS:



- Sensaciones de peligro
- Preocupaciones diversas
- Dificultad para concentrarse
- Confusión
- Pérdida de eficiencia
- Fatiga
- Miedo a morir o perder el control



- Nerviosismo
- Incapacidad para relajarse
- Miedo a fracasar
- Autoevaluación
- Valoración irreal de la realidad
- Catastrofismo
- Vergüenza

SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO:

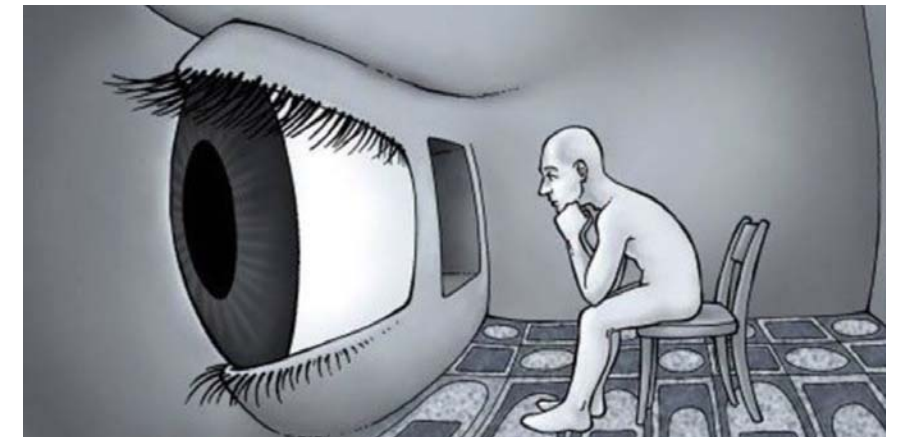


- Evitación de situaciones específicas
- Escape
- Inmovilización



- Reacciones excesivas a estímulos
- Dificultad para mirar a las personas a los ojos

Desrealización



Despersonalización



Diagnóstico de Exclusión

- DESCARTAR PATOLOGÍA ORGÁNICA
 - Historia clínica completa (Anamnesis exhaustiva, pruebas complementarias, adecuada exploración)
 - Independientemente de antecedentes psiquiátricos
 - Síntomas son similares a los de patologías orgánicas graves (dolor precordial, sensación de disnea, sudoración, etc.) y patologías orgánicas de gravedad vital como un tromboembolismo pulmonar, un ictus, una cardiopatía isquémica, etc.

Pruebas complementarias

- Analítica con electrolitos
- Glucemia
- Concentración de calcio
- Función hepática
- Urea Creatinina
- Hormonas tiroideas (al menos T4 libre y TSH)
- Análisis de orina
- Tóxicos en orina
- Electrocardiograma

Signos y síntomas sugestivos de patología orgánica grave

- Vértigo
- Dolor precordial en paciente con factores de riesgo cardiaco (obesidad, fumador, HTA...)
- Pérdida de control de esfínteres
- Mayores de 45 años
- Pérdida de consciencia
- Convulsiones

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

DIFERENCIAS CON RESPECTO A DSM-IV-TR:

- **Inclusión** de dos trastornos que se encontraban dentro del epígrafe "Trastornos con inicio habitual en infancia, niñez y adolescencia":
 - **Trastorno de ansiedad por separación** (puede darse en edad adulta y aparecer después de los 18 años)
 - **Mutismo selectivo** (edades tempranas)
- **Exclusión de Trastorno obsesivo-compulsivo** con nueva categoría diagnóstica: "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados"
- **Exclusión de Trastorno de estrés agudo y Trastorno de estrés postraumático** dentro de categoría: "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés"
- **Trastorno de angustia y agorafobia** se erigen como **diagnósticos independientes**, En caso de coexistencia de ambos, se codifican separadamente

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN 309.21 (F93.0):

- **Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada** para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su **separación** de aquellas personas por las que siente apego. **Al menos 3** de los siguientes:
 - Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego
 - Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño (enfermedad, daño, calamidades o muerte)
 - Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego
 - Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo u otro lugar por miedo a la separación
 - Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa u otros lugares
 - Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego
 - Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación de las figuras de apego
 - Quejas repetidas de síntomas físicos (dolor de cabeza, de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego
- El miedo, la ansiedad o evitación es **persistente**, dura **≥ 4 semanas** en niños y adolescentes y típicamente **≥ 6 meses** en adultos
- Causa **malestar clínicamente significativo o deterioro** a nivel social, académico, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

MUTISMO SELECTIVO 313.23 (F94.0)

- **Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas** en las que existe expectativa por hablar (en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones
- La alteración interfiere en los logros educativos, laborales o en la comunicación social
- La duración es **≥ 1 mes**
- El fracaso al hablar no es atribuible a la falta de conocimiento o a la incomodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social
- La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (disfemia) y no se produce durante el curso de TEA, esquizofrenia u otro trastorno psicótico



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

FOBIA ESPECÍFICA 300.29 (F40.0)

- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (volar, alturas, animales, agujas, ver sangre). En los niños se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizado
- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata
- El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa
- El miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación fóbica y al contexto sociocultural
- El miedo, la ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente ≥ 6 meses
- El miedo, la ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento
 - Animal (arañas, insectos, perros) (F40.218)
 - Entorno natural (alturas, tormenta, agua) (F40.228)
 - Sangre-inyección-herida (agujas, procedimientos médicos invasivos) (F40.23x)
 - Situacional (avión, ascensor, sitios cerrados) (F40.248)



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL) 300.23 (F40.10)

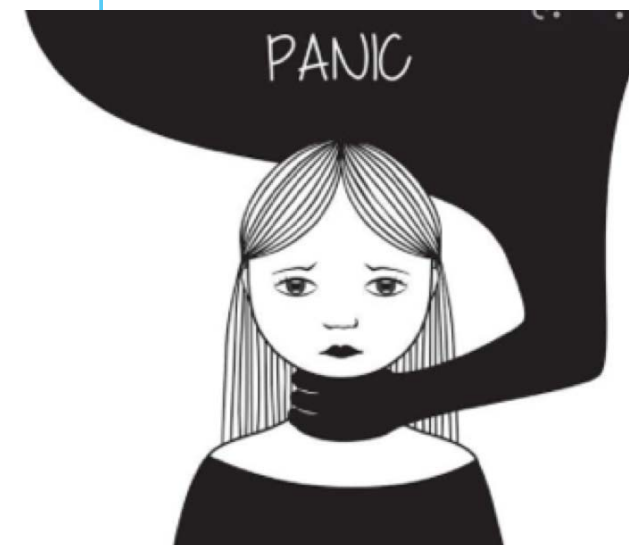
- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Interacciones sociales (mantener una conversación o reunirse con personas desconocidas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla)
- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (sentirse humillado, avergonzado, rechazo u ofensa para otras personas)
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad
- Las situaciones sociales se evitan o se resisten con miedo o ansiedad intensa
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural
- El miedo, la ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente ≥ 6 meses
- El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en algún área de funcionamiento
- El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a efectos de una sustancia o medicamento ni a otra afección médica
- El miedo, ansiedad o evitación no se explican mejor por ser síntomas de otro trastorno mental (trastorno de pánico, trastorno dismórfico corporal o TEA)
- Si existe otra afección médica (parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o lesiones) el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado o es excesivo



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE PÁNICO 300.01 (F41.0):

- **Ataques de pánico imprevistos recurrentes.** Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen **al menos 4** de estos síntomas:
 - Palpitaciones o aumento de frecuencia cardíaca
 - Sudoración
 - Temblores
 - Sensación de dificultad para respirar o asfixia
 - Sensación de ahogo
 - Dolor o molestias torácicas
 - Náuseas o malestar abdominal
 - Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
 - Escalofríos o sensación de calor
 - Parestesias
 - Desrealización o despersonalización
 - Miedo a perder el control o “volverse loco”
 - Miedo a morir



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE PÁNICO 300.01 (F41.0):

- Al menos 1 de los ataques le ha seguido $\geq$ **1 mes** de **al menos uno** de los siguientes:
 - Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (pérdida de control, tener infarto, volverse loco)
 - Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (conductas evitativas)
- La alteración no es atribuible a los efectos de una sustancia (droga/medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares)
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

AGORAFOBIA 300.22 (F40.0):

- Miedo o ansiedad intensa acerca de **≥ 2** de los siguientes:
 - Uso del transporte público (autobús, tren, avión, barco)
 - Estar en espacios abiertos
 - Estar en sitios cerrados (tiendas, teatros, cines)
 - Hacer cola o estar en medio de una multitud
 - Estar fuera de casa solo
- El individuo **teme o evita estas situaciones** debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos
- Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad
- Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de algún acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa
- El miedo o ansiedad es **desproporcionado** al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural
- El miedo, ansiedad o evitación es **continuo** y dura típicamente **≥ 6 meses**
- El miedo, ansiedad o evitación **causa malestar clínicamente significativo o deterioro** en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento
- Si existe otra afección médica, el miedo, ansiedad o evitación es claramente excesiva
- El miedo, ansiedad o evitación no se explican mejor por ser síntomas de otro trastorno mental



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 300.02 (F41.1)

- **Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva)** que se produce durante más días de los que ha estado ausente **durante ≥ 6 meses**, en relación con diversos sucesos o actividades
- Al individuo es **difícil controlar** la preocupación
- La ansiedad y preocupación se asocian a **≥ 3** de los siguientes:
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
 - Fácilmente fatigado
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Problemas de sueño (insomnio de conciliación o de mantenimiento o sueño inquieto e insatisfactorio)
- La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan **malestar clínicamente significativo o deterioro** de la funcionalidad
- La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica
- La alteración no se explica por ser síntoma de otro trastorno mental



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS 291.89 (Alcohol) 292.89

- **Ataques de pánico o ansiedad** predominan en el cuadro clínico
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio de:
 - **Síntomas desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento**
 - La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas
- El trastorno no se explica mejor por trastorno de ansiedad NO inducido por sustancias/medicamentos
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
- Los síntomas causan **malestar clínicamente significativo o deterioro** de la funcionalidad



CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: DSM-5

- **TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA 293.84 (F06.4):**

- Ataques de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
- Los síntomas causan **malestar clínicamente significativo o deterioro** de la funcionalidad

- **OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD ESPECIFICADO 300.09 (F41.8)**

- Síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan **malestar clínicamente significativo o deterioro** de la funcionalidad pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de esta categoría diagnóstica
 - Ataques sintomáticos limitados
 - Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente
 - Khyal cap (ataque de viento)
 - Ataque de nervios

- **OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO 300.00 (F41.9)**

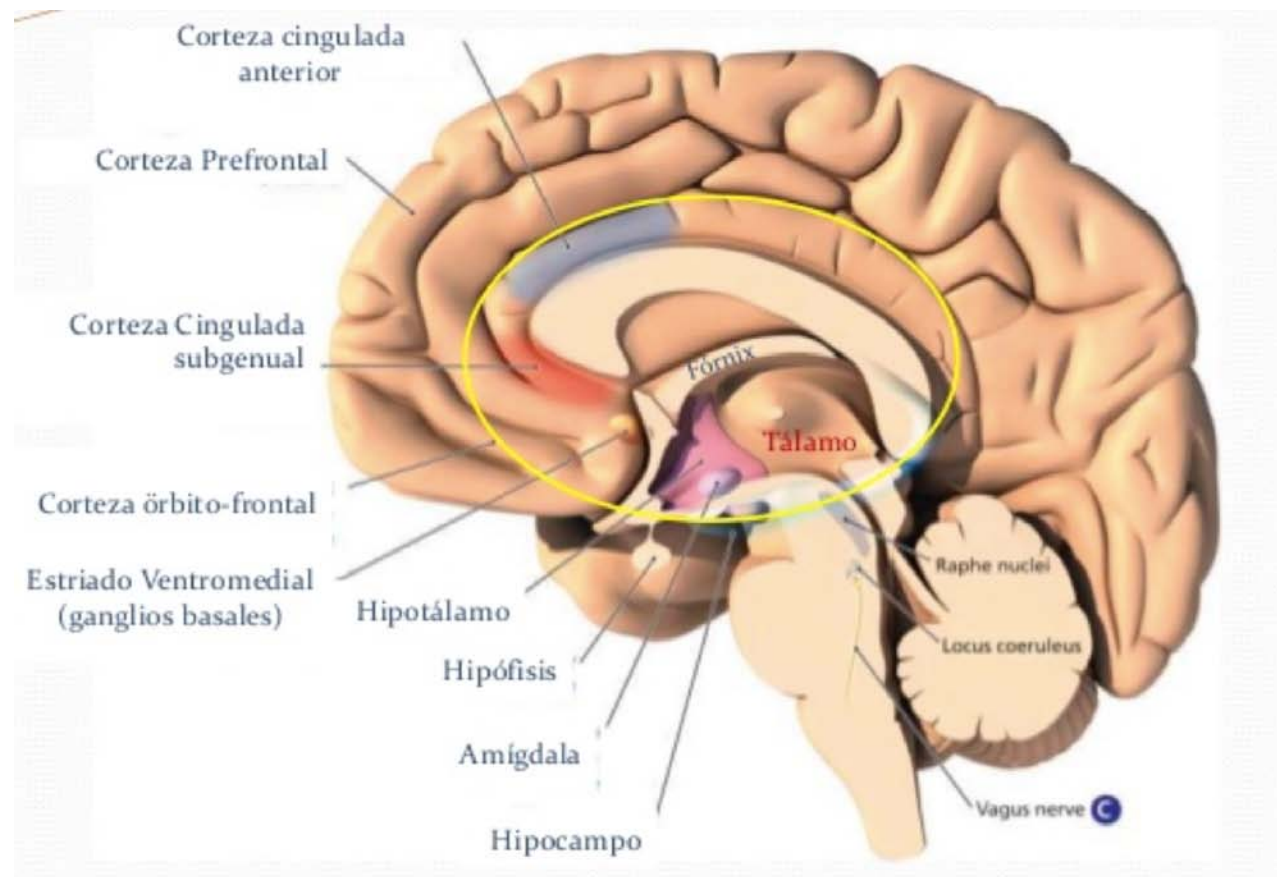


CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS: CIE-10

F40-F48- TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

- F40 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA
 - F40.0 AGORAFOBIA
 - .00 Sin trastorno de pánico
 - .01 Con trastorno de pánico
 - F40.1 FOBIAS SOCIALES
 - F40.2 FOBIAS ESPECÍFICAS (AISLADAS)
 - F40.8 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA
 - F40.9 TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA SIN ESPECIFICACIÓN
- F41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
 - F41.0 TRASTORNO DE PÁNICO (ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA)
 - .00 Moderado (4 ataques de pánico en 4 semanas)
 - .01 Grave (4 ataques semanales en periodo de 4 semanas)
 - F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
 - F41.2 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO
 - F41.3 OTRO TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD
 - F41.8 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS (ansiedad histérica)
 - F41.9 TRASTORNO DE ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN

NEUROBIOLOGÍA Y NEUROQUÍMICA DE LA ANSIEDAD



NEUROQUÍMICA

HIPERACTIVIDAD ADRENÉRGICA

HIPOSENSIBILIDAD RECEPTORES GABA-BENZODIACEPÍNICOS

DISFUNCIÓN SEROTONONINÉRGICA

DISFUNCIÓN DOPAMINÉRGICA

DISFUNCIÓN DE CRF

Síntomas centrales



MIEDO / PREOCUPACIÓN

Los dos circuitos cerebrales que están a la base de estos síntomas son

- la amígdala
- el circuito corticoestriado-talamo-cortical respectivamente

Los NT implicados principalmente son:

- Sistema Gabaérgico
- Sistema serotoninérgico
- Noradrenérgico
- Glutamatérgico

El **MIEDO** no es solo una emoción sino que incluye respuestas motoras (luchar, huir o incluso quedarse “congelado”)

Estas respuestas están reguladas por las conexiones entre:

- la amígdala y la sustancia gris periacueductal del troncoencéfalo.
- Amígdala-hipocampo (cambios en eje H-h-a alterando niveles de cortisol.

El Cortisol cn (adaptativa)

Aumento, activación crónica y persistente —> enfermedades coronaria, DM2, Ictus, atrofia hipocampal.

- Amígdala N. Paratraqueal del TE (cn “amenaza” taquipnea)
- Amígdala- Locus coeruleus (ppal fuente NA del encéfalo)

PREOCUPACIÓN:

Puede incluir sentimientos de *misericordia*, *pensamiento catastrófico*, *expectativas aprensivas*, y *obsesiones*.

Está relacionado con el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical (circuito de *feedback* de los ganglios basales al cortex prefrontal y viceversa)

Modulado por varios NT que incluyen la *serotonina*, *GABA*, *dopamina*, *noradrenalina*, *glutamato*

(muchos de estos son comunes con los que regulan el funcionamiento de la amígdala).

Actualmente se conocen algunos factores genéticos que predispondrían a sentir ansiedad mediante la regulación de estos circuitos.

- Por ejemplo, hay varios genotipos para la enzima COMT que regulan la disponibilidad de la dopamina en la corteza prefrontal, y estas diferencias podrían aumentar el riesgo para pensar “de manera preocupada” y ser más vulnerable a desarrollar un trastorno de ansiedad, particularmente bajo condiciones de estrés.
- Varios fármacos pueden ser eficaces en los síntomas asociados a la ansiedad.
- Algunos de ellos como consecuencia de su efecto depresor sobre la actividad del SNC.
 - (Inespecíficos en su acción ansiolítica (derivados opiáceos, antipsicóticos o anticonvulsivantes...))
 - y otros más específicos como los ISRS

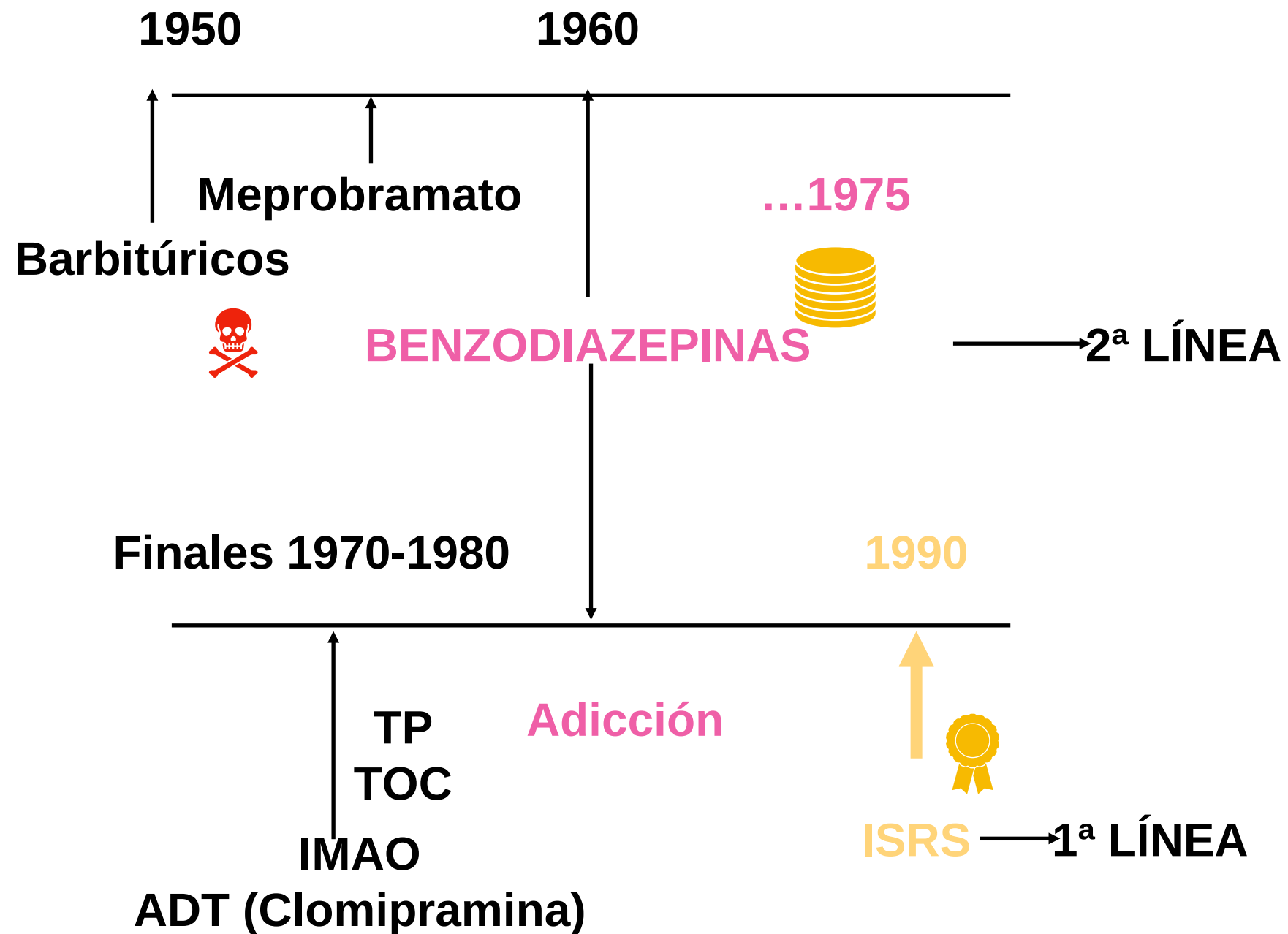
ABORDAJE TERAPÉUTICO



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Historia



Ansiolíticos

BZD

- BZD: (Tan empleados que su nombre es sinónimo de ansiolítico).
- Varios conocidos clasificados por su semivida y metabolismo. (con producción o no de metabólicos activos)
 - TTO AGUDO ANSIEDAD, HIPNÓTICA, RELAJANTE MUSCULAR, ANTICONVULSIVA, Sd Abstinencia en alcohol.
 - TTO SINTOMÁTICO E IMPORT CONDICIONAMIENTOS PARA SU USO CONTINUADO

(La eficacia se limita al periodo en q mantiene su uso)

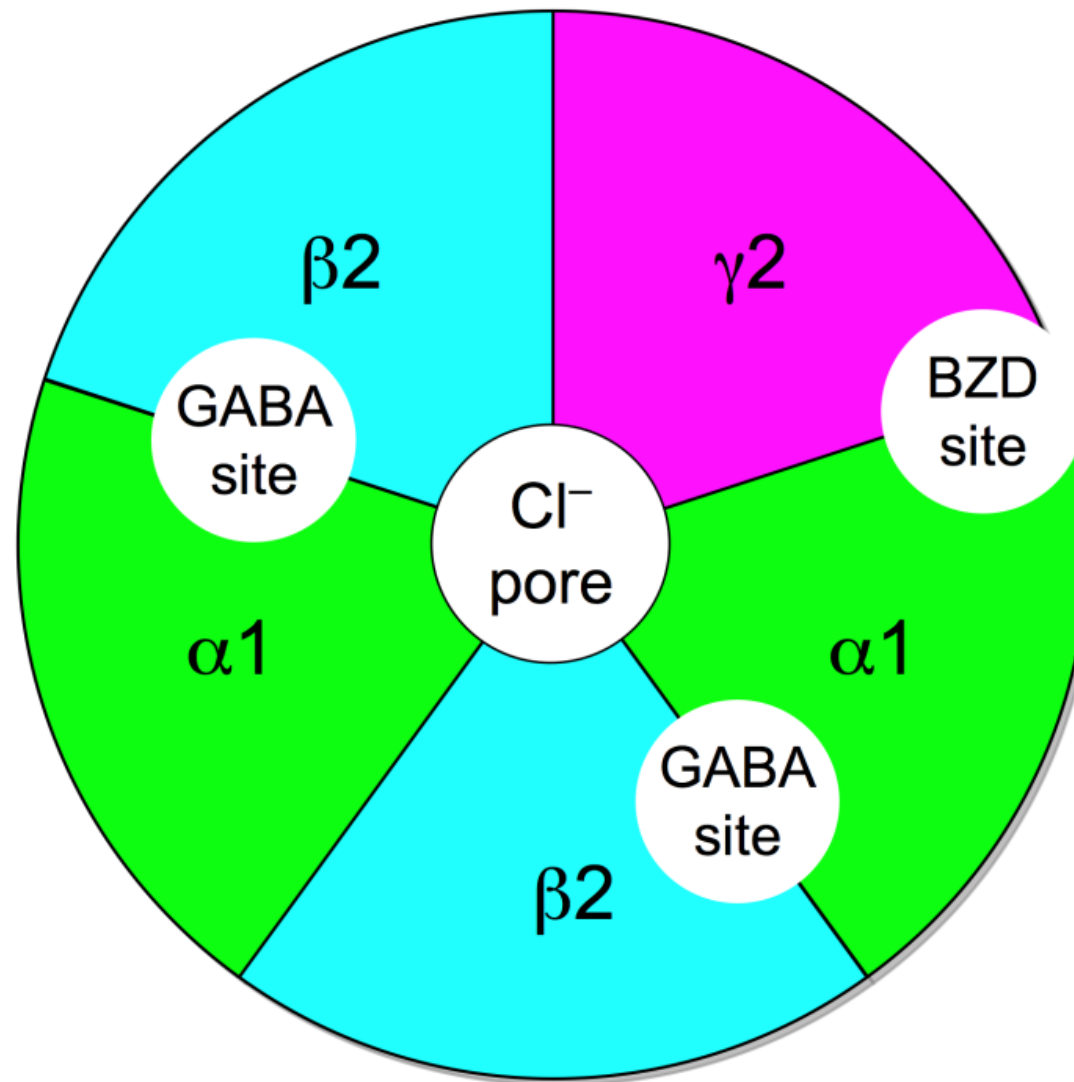
Farmacocinética BZD

- Absorción: oral, sublingual, IM, IV
- Distribución: Liposolubles
- Metabolismo: 3 fases: oxidación (CYP3A4 y CYP2C19 (Met activos) y Conjugación (sin met activos)
 - Ancianos y hepatópatas: Lorazepam, Oxazepam y Temazepam por usar la 2ª fase y así reducir el daño hepático.
- Eliminación: Renal. 10% por bilis y algo por heces

Acción	Fármaco	T1/2	T (máx) tras dosis oral Horas	Ansiedad	Insomnio	Convulsion es	Coadyuvan te
Prolongada >24	Clorazepato	30-48	1-3	++	+	+	Abstinencia OH
	Diazepam	14-100	1	+++	++	+	Acatisia, Rel ajante musc
Intermedia 12-24h	Bromazepam	10-20	1-3	++			Acaricia SdPiernas Inquietas, estabilizador en TB.
	Clonazepam	20-40	1-2	+	+	+++	TOC Profilaxis crisis de ansiedad
Corta 6-14h	Alprazolam	12-15	1	+	+		Profilaxis CAnsiedad
	Lorazepam	11-30	1-2	+++	+	+	Abstinencia OH,
	Lormetazepam	11-30	1-2		+++	++	Acatisia, Catatonía
							Insomnio
Ultracorta <6	Midazolam	1-5	0,3	+	+++		IV para inducción anestesia
	Triazolam	3-5	1-1,5	+	+++		

Mecanismo de Acción

- Sist Gabaérgico: NT: **GABA**. Ppal NT - . Las BZD potencian las acciones del GABA en amígdala y en los circuitos cortico-subcortical
- La inhibición neuronal da lugar a: Sedación, relajación e inhibición conductual.
- Los Rc GABAB (Vinculados a la Proteína G) implicados en el *Dolor, memoria, estado de ánimo y otras funciones SNC*
- Varios subtipos de receptores GABAA son el blanco de las benzodiacepinas, de los hipnóticos sedantes, los barbitúricos y/o el alcohol, y están involucrados en la neurotransmisión inhibitoria en las sinapsis GABA.
- Las benzodiacepinas se unen a un sitio específico del receptor GABAA que se traduce en un aumento de la frecuencia de la apertura del canal del cloro y por lo tanto un incremento de la transmisión inhibitoria GABAérgica.
- el receptor GABAa es un complejo macromolecular (está formado por una combinación de subunidades) que se unen formando canales iónicos con selectividad para el ion cloro. Para que los receptores GABAa respondan a la acción de las benzodiazepinas, necesitan tener tanto una subunidad α como una subunidad γ , puesto que las benzodiazepinas se unen en la interfase de ambas subunidades
- Cada benzodiazepina tiene una afinidad diferente por el receptor GABAa con sus subunidades.
 - Por ejemplo, las benzodiazepinas con alta afinidad a nivel de la subunidad $\alpha 1$ se asocian con sedación, mientras que las que tienen una mayor afinidad por los receptores que contengan la subunidad $\alpha 2$ y/o $\alpha 3$ tienen una buena actividad ansiolítica.



Receptor GABAA, subunidades que lo componen, canal iónico de cloro, y sitios para las benzodiazepinas y el propio GABA

Interacciones.

- Las BZD pueden alterar el efecto de: Levodopa disminuyéndolo, digoxina (aumentándolo)
- Disminuye efecto BZD:
 - Antiácidos
 - Cfeína
 - Teofilina
 - Ab: Rifampicina
 - Antiepiléptico: Fenitoína.
- Potenciación efecto de las BZD
 - Alcohol
 - Hipnóticos, sedantes
 - Antiepilépticos
 - Opioides
 - Antipsicóticos
 - Antidepresivos
 - Anestésicos
 - Omeprazol
 - Ab (eritromicina)

Efectos adversos

- **SNS**: Sedación excesiva, disartria, amnesia anterógrada, (Lorazepam) desinhibición conductual. Anestesia emotiva
- **Efectos paradójicos**: Agitación o ansiedad sobre todo en niños, adolescentes, ancianos y TLP.
- **Ap C-R**: Depresión res descrita tras IV. Potencian el efecto de alcohol y Barbitúricos q modulan alostericamente el Rc gaba-a
- **Toxicidad fetal**:
 - 1º trimestre: labio leporino, paladar hendido
 - Sd abstinencia neonatal por uso de BZD en 3º trimestre
 - Sd hipotónico neonatal por uso de BZD en 3º trimestre (Floppy infant)
- **Tolerancia, dependencia** (Por ello no se debería usar mas de semanas o 3 meses)
- **Sd abstinencia**: ansiedad, temblor, fasciculaciones convulsiones, insomnio y en ocasiones alucinaciones visuales
- **Intoxicación aguda**
- **Ap digestivo**: Sequedad de boca, estreñimiento, náuseas, sabor metálico

Contraindicaciones

- Hipersensibilidades
- Miastenia Grave
- IRs Grave,
- IH Grave
- Sd Apnea del Sueño SAOHS
- Coma
- Shock
- Intoxicación etílica aguda
- Niños <2 años

PRECAUCIONES:

- Asma
- EPOC
- Ancianos
- Drogodependientes
- Embarazadas
- Lactantes
- IH
- IR
- Actividad laboral (alerta, hipervigilante)

INTOXICACIÓN BZD —> Antídoto: FLUMAZENILO

Cómo suspender BZD

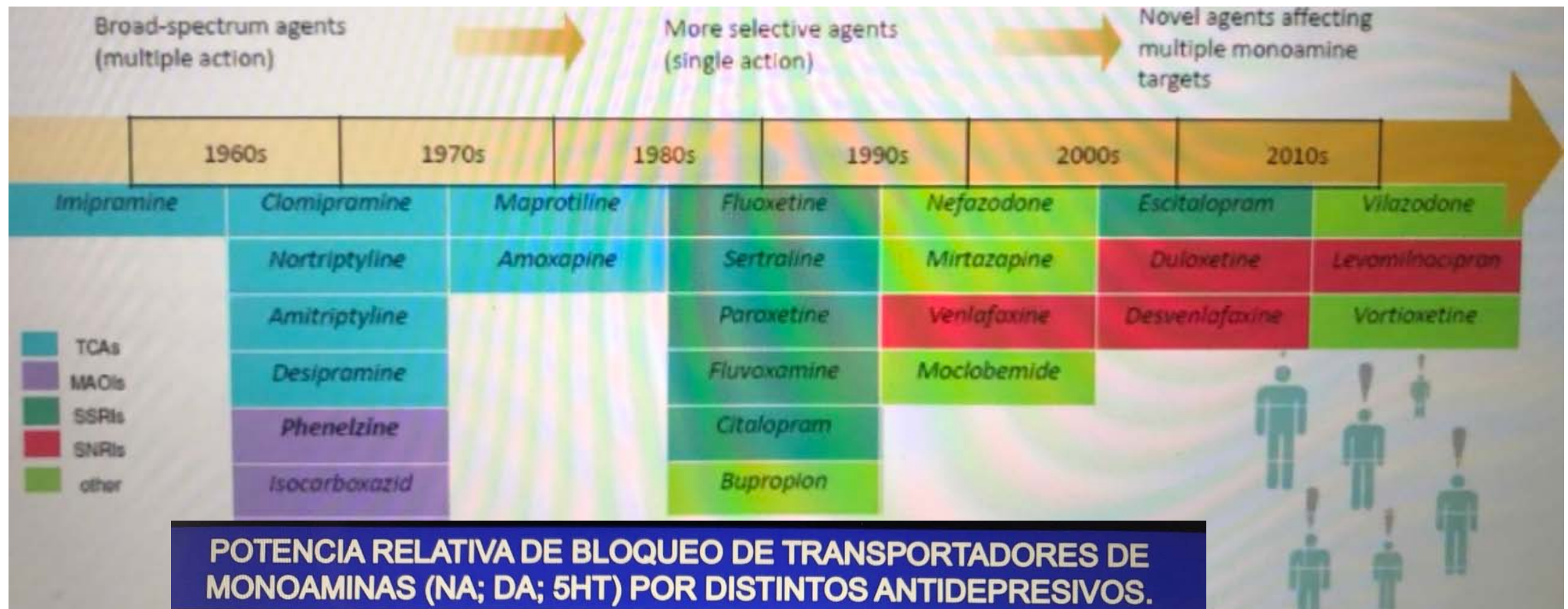
- LENTA Y GRADUAL (Generalmente meses)
- Las benzodiacepinas consumidas prolongadamente sustituyen muchas de las funciones del sistema tranquilizante que existe en forma natural en el organismo y que está mediado por el neurotransmisor GABA. Por consecuencia, disminuye el número de receptores GABA en el cerebro y se reduce la función del GABA.
- (Abandono abrupto—>Hiperexcitabilidad SNC (St abstinencia)
- El ritmo exacto de la reducción de la dosis es una cuestión completamente individual. (Dosis y tipo, la duración, personalidad, estilo de vida...)
- Ej. Diazepam 40mg Reducción 2mg (1-2semanas) hasta 20mg (10-20semanas) Al llegar 20mg (1mg cada sem o 2sem) (20-40semanas)Total:40-60 Semanas

Cómo suspender BZD

- Las BZD (Lorazepam y alprazolam) se eliminan rápidamente y las dosis entre una toma y otra, fluctúan. Por ello es necesario tomar varios al día “mini-abstinencia”
- Estaría bien cambiar a una de vida media mas larga como el diazepam. (se E más lentamente)
- Cambio gradual, por toma.
- Tener en cuenta que las BZD tienen efectos diferentes (lorazepam menos acción hipnótica que el diazepam)
- Gotas.
- Individualizado y adaptado.
- ¡No retroceder!
- Último comprimido

POBLACIONES ESPECIALES

- **ANCIANOS:** hipof. hepática, menor E renal, posible pérdida de tolerancia a los efectos sedantes, poli farmacia. Mayor sedación y riesgo de caída.
 - $t_{1/2}$ corta. (Lorazepam, Oxa y Tema) (1/2 dosis de inicio)
- **NIÑOS:** Metabolizan más rápido. Usar dosis más pequeñas para conseguir niveles estables. Alprazolam—> Efecto paradójico (agitación)—> Mejor ISRS
- **EMBARAZADAS:** Evitar su uso por lo menos hasta las 10 semanas. Retirar acercándose el parto.



ISRS

- Se consideran los fármacos de elección en la mayoría de los T de ansiedad
- Grandes ventajas:
 - Eficacia terapéutica a medio y largo plazo
 - Ausencia de potencial adictivo
- Desventajas:
 - Inicio de acción aplazado (+-3semanas)
 - Tto durante periodos prolongados (min 6 meses a partir de la mejoría)

NA — ANSIEDAD

- +Locus Coeruleus → +Simp → Síntomas somáticos de ansiedad.
- ↑ NA: Sobreactivación autónoma, síntomas centrales de ansiedad y miedo (pesadillas, hiperexcitación, escenas retrospectivas y ataques de pánico)
 - También reduce la eficiencia del procesamiento de la información en la Cx prefrontal, en el circuito Cortico-subcortical causando preocupación.
- Se cree que este exceso de NA es sobre Rc postsinápticos $\alpha 1$ y $\beta 1$ adrenérgicos de la amígdala o de la corteza prefrontal.
- Bloquearlos
 - adrenergicos $\alpha 1$: hiperexcitación: pesadillas...)
 - (β bloqueantes: Propanolol: manifestaciones fisiológicas más corporales)
- Agonista de los autorreceptores alfa 2 presinápticos: Regulan la liberación de NA “pisando el freno”. Clonidina.
- IRSN/IRN: Venlafaxina, Reboxetina

OTROS ANSIOLÍTICOS

* BBLOQ: Propanolol:

- Tto sintomático de las manifestaciones orgánicas de la ansiedad 2ª a activación del SNS
- Ansiedad de ejecución (oradores, músicos...) fobia social
- No producen dependencia
- Evitar en hipotensión y asma. Preocupación en cardiopatía.

OTROS ANSIOLÍTICOS

* CLONIDINA:

- Agonista alfa adrenérgico de acción central
- Tratamiento de síntomas vegetativos asociados a la ansiedad somática útil para bloquear los aspectos noradrenérgicos de la ansiedad (taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración y temblor).
- Abstinencia de opiáceos: controla taquicardia, diarrea, lagrimeo, rinorrea, sudoración
- TDAH, Gilles de la Tourette, agresividad
- Resulta menos potente a la hora de bloquear los aspectos subjetivos y emocionales de la ansiedad.

OTROS ANSIOLÍTICOS

✱ **VENLAFAXINA**: Cuando los Rc post se adaptan. Mantenedos en el tiempo regulan a la baja y desensibilizan los Rc Post B1. Reduciendo los síntomas de preocupación y miedo a largo plazo

OTROS ANSIOLÍTICOS

✴ PREGABALINA, GABAPENTINA

- Bloquean la liberación de NT exiatorios como el glutamato cuando la NT es excesiva.
- Aprobados como antiepiléptico y en dolor neuropático, FBM.
- La pregabalina está aprobada para la ansiedad generalizada
- Son útiles para evitar abuso de BZD, menor tolerancia y dependencia

OTROS

- * **Quetiapina:** Potente acción antihistamínica y anticolinérgica y antagonista alfa 1
- * **Olanzapina:** Potente acción antihistamínica y anticolinérgica y antagonista alfa1
- * **Mirtazapina:** antagonista de Rc 5HT3/2C, alfa2 y H1

**LA MEJOR COMBINACIÓN PARA UNOS BUENOS RESULTADOS A
MEDIO-LARGO PLAZO ES EL TRATAMIENTO COMBINADO DE:**

**TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO (TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL) + TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**



GRACIAS