

ANSIOLÍTICOS

C.C. Sánchez Mateo

OBJETIVOS

- Describir los síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad.
- Diferenciar las distintas clases de fármacos ansiolíticos y su mecanismo de acción.
- Conocer los principales efectos secundarios e interacciones de los ansiolíticos.
- Citar las principales indicaciones de los ansiolíticos.
- Indicar los puntos de interés para enfermería cuando se administran estos fármacos.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado de intranquilidad o de excitación que puede ser una respuesta defensiva normal frente a situaciones de estrés o bien constituir un trastorno patológico cuando adquiere tal intensidad que impide el funcionamiento normal de la persona. En la ansiedad patológica (vivencia de un sentimiento de amenaza en ausencia de un peligro real o desproporcionado en relación con el estímulo desencadenante) coexisten cambios fisiológicos (disnea, sudoración, insomnio, temblor, taquicardia, cefaleas, mialgias, trastornos gástricos) con sentimientos psicológicos paroxísticos y persistentes (temor frente a algo que se considera amenazante, irritabilidad, opresión).

En la actualidad se distinguen diferentes cuadros patológicos que cursan con ansiedad como síntoma predominante: trastornos de ansiedad generalizada (ansiedad difusa persistente que cursa con hiperactividad vegetativa, tensión muscular y/o hipervigilancia), trastornos de pánico o crisis de angustia (cuadros súbitos recurrentes de ansiedad aguda con sintomatología somática muy acusada), trastornos obsesivo-compulsivos (conductas repetitivas e intencionales, realizadas de forma estereotipada, y que el individuo percibe como involuntarias, carentes de sentido o repugnantes), trastornos de estrés posttraumático (memoria recurrente y pesadillas, conducta de evitación y síntomas de hiperalerta que aparecen después de episodios traumáticos) y fobias (temor patológico a un objeto o a una situación concreta; por ejemplo, temor a las alturas, miedo irracional a estar solo en lugares públicos [agorafobia], miedo persistente e irracional a las relaciones sociales [fobias sociales], temor a volar). Además, los síntomas de ansiedad concurren a menudo en otros trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, estados mentales de origen orgánico), y es necesario un diagnóstico correcto de estos procesos.

Los principales neurotransmisores implicados en la etiología de los trastornos de ansiedad son el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la serotonina y la noradrenalina. Estos neurotransmisores participan en la regulación de determinadas estructuras del sistema límbico (hipocampo y amígdala) que al ser activadas por percepciones

amenazantes (o erróneamente evaluadas como amenazantes) originarían numerosas alteraciones conductuales, somáticas y vegetativas propias de los trastornos de ansiedad. Además de estos tres sistemas de neurotransmisores, en los últimos años se está prestando una especial atención a la implicación de los neurotransmisores peptídicos (colecistocinina, factor liberador de corticotropina, neuropéptido Y, sustancia P, taquicinas) en los mecanismos de la ansiedad, y se han abierto nuevas vías para el tratamiento farmacológico de esta enfermedad.

Los trastornos de ansiedad pueden tratarse con psicoterapia (mediante psicoanálisis o terapia conductista) y con distintas clases de fármacos denominados ansiolíticos, fármacos antiansiedad o tranquilizantes menores (este último término se utilizaba para diferenciarlos de los tranquilizantes mayores o antipsicóticos).

CLASIFICACIÓN DE LOS ANSIOLÍTICOS

Los barbitúricos y el meprobamato se utilizaron para el tratamiento de la ansiedad, pero debido a su acción ansiolítica inespecífica y a sus efectos tóxicos (producción de tolerancia, adicción, reacciones graves de abstinencia e intoxicación que ponían en peligro la vida cuando se tomaban dosis excesivas), dejaron de usarse en los trastornos de ansiedad cuando se inició el uso de las benzodiazepinas con fines terapéuticos. Los ansiolíticos se pueden clasificar en:

1. Fármacos que actúan sobre los receptores GABA_A: benzodiazepinas (clordiazepóxido, diazepam, etc.).
2. Fármacos que actúan sobre los receptores 5-HT_{1A}: buspirona.
3. Otros ansiolíticos: antidepresivos, antihistamínicos, bloqueadores betaadrenérgicos.

BENZODIAZEPINAS

Mecanismo de acción. Incrementan los efectos inhibidores del GABA, ya que facilitan su unión con los receptores GABA_A, los cuales están asociados a canales de cloro. Las benzodiazepinas se unen a un receptor específico benzodiazepínico localizado en el complejo macromolecular formado por el receptor GABA_A y el canal de cloro, produciéndose una modulación alostérica que facilita la interacción del GABA con su lugar específico de unión, aumentando la frecuencia de apertura de los canales de cloro activados por éste. A este receptor no sólo se fijan las benzodiazepinas clásicas, sino también otras moléculas no benzodiazepínicas que actúan como agonistas (como zopiclona o zolpidem) o antagonistas (como el flumazenilo). Además, en este complejo existen otros sitios de unión para barbitúricos, picrotoxina, anestésicos generales y esteroides, que también modifican de forma facilitadora o inhibitoria la apertura del canal en respuesta al GABA.

Acciones farmacológicas. Tienen una acción ansiolítica, anticonvulsivante, miorelajante central y una acción

sedante e hipnótica. Todas las benzodiazepinas tienen las mismas acciones farmacológicas, y las características farmacocinéticas (condicionan la distribución y duración del efecto del fármaco) son las que determinan que tengan distintas aplicaciones terapéuticas.

Farmacocinética. Se absorben bien por vía oral, y la máxima absorción se produce entre los 30 y 180 min (algunas lo hacen más rápidamente que otras, dependiendo del grado de liposolubilidad). Por vía intramuscular, la mayoría presenta una absorción lenta y errática (especialmente el diazepam y clordiazepóxido), produciendo concentraciones plasmáticas insuficientes e irritación local por cristalización del compuesto en el lugar de la inyección. La vía intravenosa se utiliza en emergencias, habitualmente anticonvulsivas. Otra vía alternativa es la rectal, sobre todo en niños, por la que soluciones de diazepam se absorben rápidamente.

Las benzodiazepinas son en general muy liposolubles, lo que hace que muchas de ellas se acumulen de forma gradual en la grasa corporal, y su distribución es amplia, atravesando fácilmente la placenta y la barrera hematoencefálica. Se unen en proporción elevada a las proteínas plasmáticas (> 90%) y tienen un elevado volumen de distribución, lo que hace que su desplazamiento no suela ser de trascendencia clínica, salvo en situaciones especiales como quemados o pacientes con insuficiencia renal. La mayoría experimenta una biotransformación en el hígado, que en algunos casos produce metabolitos activos (con semividas de eliminación superiores a las del fármaco original) y se excretan por la orina en forma de conjugados glucurónidos. La conversión metabólica del fármaco en metabolitos activos debe tenerse en cuenta, ya que dosis diarias repetidas, suministradas durante más de 1 o 2 semanas, pueden producir la acumulación de los metabolitos activos del fármaco con la consiguiente aparición de efectos colaterales no deseados (como sedación excesiva). La duración de su acción vendrá determinada en cierto modo por las diferentes semividas plasmáticas, pudiéndose distinguir entre benzodiazepinas de acción larga o corta según que la semivida de eliminación eficaz (entendiéndose como tal la que presenta el preparado original y los metabolitos activos de éste) sea superior o inferior a las 12 h (tabla 18-1).

Efectos adversos. Los más frecuentes son: *somnolencia, sedación, desorientación, ataxia, incapacidad para coordinar movimientos finos o responder rápidamente a estímulo* (deben tomarse precauciones en los casos de conducción de vehículos o manejo de maquinaria). Algunos pacientes pueden presentar, paradójicamente, un *aumento de la agresividad, irritabilidad y ansiedad*, incluso con dosis moderadas, lo cual puede ser una manifestación del *síndrome de abstinencia* (v. más adelante) y es más agudo en las benzodiazepinas de acción corta, cuyo efecto desaparece más rápidamente. Además, las benzodiazepinas pueden producir *amnesia anterógrada* (olvido de acontecimientos próximos), por interferir con el proceso de consolidación y almacenamiento de la memoria. Otros efectos adversos

TABLA 18-1. Principales características farmacocinéticas de las benzodiazepinas

Benzodiazepina	T _{1/2} eficaz (h)	Absorción oral	Metabolitos activos
De acción larga			
Bromazepam	10-20	Muy rápida	Sí
Clobazam	20-50	Lenta	Sí
Clorazepato dipotásico	40-60	Rápida	Sí
Clordiazepóxido	7-30	Lenta	Sí
Diazepam	15-60	Muy rápida	Sí
Halazepam	15-35	Lenta	Sí
Ketazolam	50-100	Lenta	Sí
Pinazepam	15-17	Muy rápida	Sí
De acción corta			
Alprazolam	11-15	Muy rápida	No
Bentazepam	3-4,5	Rápida	No
Clotiazepam	4-18	Muy rápida	No
Lorazepam	10-20	Lenta	No

t_{1/2}: vida media.

son: debilidad, cefalalgia, visión borrosa, vértigos, náuseas, vómitos, malestar epigástrico y diarrea. Pueden haber reacciones alérgicas, hepatotóxicas y hematológicas, pero la incidencia es baja. Como sus efectos cardiovasculares son leves, se emplean mucho en pacientes con alteraciones cardíacas, en quienes se ha observado que dosis terapéuticas producen en algunos casos hipotensión o reducción del gasto cardíaco. Además, pueden deprimir el centro respiratorio cuando se administran dosis elevadas o existe una enfermedad respiratoria previa o miastenia (están contraindicadas en estas circunstancias).

Por otro lado, cuando se administran las benzodiazepinas durante un tiempo prolongado (más de 6 meses) pueden aparecer con dosis terapéuticas usuales *tolerancia y dependencia psicológica y física*, la cual se manifiesta en forma de síndrome de abstinencia que aparece tras la supresión del fármaco (ansiedad e insomnio de rebote, irritabilidad, mareos, pérdida de apetito, alteraciones sensoriales, acompañado en ocasiones de temblor, rigidez muscular e incluso crisis convulsivas y psicosis). Este síndrome es tanto más intenso cuanto mayor hayan sido la dosis y el tiempo de administración (pueden aparecer síntomas de abstinencia con dosis 2-5 veces las usuales a las 2-3 semanas de tratamiento continuado o con dosis terapéuticas usuales tras 6-8 meses de tratamiento). Este

síndrome es más probable, intenso y breve al interrumpir el tratamiento con una benzodiazepina de acción corta (debido al descenso brusco de las concentraciones en sangre), es menos pronunciado y dura varios días con las de acción larga (la lentitud de eliminación compensa la supresión brusca del tratamiento). No obstante, las benzodiazepinas de acción larga presentan mayores problemas de acumulación con la administración repetida (aparición de sedación excesiva, tendencia a los accidentes), por lo que la selección de un tipo u otro debe basarse en una evaluación de qué tipo de riesgos (sedación o sintomatología de retirada) son más probables o menos perjudiciales en cada caso concreto.

Para minimizar los cuadros de abstinencia se recomienda utilizar las benzodiazepinas sólo cuando sea necesario, a la dosis mínima efectiva y en tratamientos de corta duración (preferiblemente inferiores a 1 mes y nunca más de 4-6 meses). Además, no se debe interrumpir bruscamente la medicación, sino reducir la dosis de forma gradual a lo largo de 4-8 semanas (reducir la dosis a la mitad, mantenerla durante un período equivalente a 5 veces la semivida de eliminación y suspender definitivamente).

Los ancianos son más propensos a experimentar los efectos secundarios de las benzodiazepinas, y en ellos son más frecuentes las reacciones paradójicas de insomnio y agitación, así como el riesgo de caídas y fracturas (debido a sedación excesiva). Estos pacientes tienen una mayor sensibilidad a la acción farmacológica (experimentan a dosis más bajas tanto los efectos beneficiosos como los perjudiciales) y deficiencias en la biotransformación hepática que provocan acumulación del fármaco (la semivida de eliminación de ciertas benzodiazepinas puede llegar a duplicarse). Por ello en pacientes geriátricos se deben seleccionar benzodiazepinas no metabolizables en el hígado y con una semivida de eliminación corta o intermedia y es recomendable ajustar progresivamente la dosis (por regla general debe ser la mitad que la de los adultos jóvenes).

La *intoxicación aguda* de benzodiazepinas produce *depresión del sistema nervioso central* que puede llegar al coma, pero muy rara vez se produce la muerte en adultos sanos, a no ser que se hayan ingerido simultáneamente otros depresores centrales (alcohol, anestésicos, opiáceos), ya que puede producirse una depresión respiratoria intensa que incluso puede llegar a ser mortal. En estos casos puede ser útil la administración intravenosa de flumazenilo (antagonista específico de las benzodiazepinas) con efecto rápido pero corto, ya que tiene una semivida de eliminación (1 h) inferior a la de las benzodiazepinas, por lo que para evitar recaídas (después de la recuperación inicial) se debe repetir la dosis durante todo el período de permanencia en plasma de dosis tóxicas de benzodiazepinas. No obstante, la mayoría de los cuadros de intoxicación aguda revierten en 24 h sin más medidas que las habituales de mantenimiento de constantes biológicas, lo que constituye una ventaja importante dado que estos fármacos se utilizan a menudo en intentos de suicidio.

Interacciones farmacológicas. Potencian los efectos depresores del sistema nervioso central de otros fármacos (alcohol, barbitúricos, antipsicóticos, opiáceos, antihistamínicos sedantes). Es de especial importancia la interacción con el alcohol, por el peligro que supone para los conductores, ya que puede alterarse el estado de conciencia y la capacidad de conducir. Por otro lado, antagonizan la acción de la levodopa. Con respecto a las interacciones farmacocinéticas, inhiben su metabolismo hepático con posible potenciación de su acción y/o toxicidad: cimetidina, diltiazem, disulfiram, isoniazida, antifúngicos imidazólicos, bloqueadores β , inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), omeprazol y anticonceptivos orales, mientras que la fenitoína, el fenobarbital, la carbamacepina y la rifampicina lo incrementan (con posible pérdida de su efecto). En grandes fumadores de cigarrillos puede estar disminuida la efectividad de estos fármacos a las dosis habituales debido a que fumar cigarrillos produce inducción enzimática.

Aplicaciones terapéuticas. Tratamiento de primera elección en los cuadros de ansiedad generalizada; prácticamente todas tienen la misma eficacia, aunque varía el modo de utilizarlas en función de la duración del efecto y de la relación o posibilidad de separación del efecto sedante. Además, pueden emplearse en algunos espasmos y contracturas musculoesqueléticas, en cuadros epilépticos y convulsivos, en medicación preanestésica, en el tratamiento del delirium tremens y de los síntomas de abstinencia alcohólica (tabla 18-2). Son poco eficaces en la ansiedad asociada a las fobias, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de estrés postraumático. Algunas benzodiacepinas, como el alprazolam, pueden administrarse a dosis más altas que las ansiolíticas en las depresiones leves y en el tratamiento de los ataques de pánico y agorafobia, pero aunque actúa en 1-2 días, no se recomienda su uso sistemático en estos casos, ya que suele producir ansiedad de rebote entre las dosis y puede ser difícil interrumpir el tratamiento (aumenta el riesgo de adicción y síndrome de retirada). Otras se utilizan sólo como hipnóticos (flurazepam, lormetazepam o triazolam), antiepilépticos (clonazepam) o como sedantes preanestésicos por vía parenteral (midazolam).

Cuidados de enfermería. En general, las benzodiacepinas de acción corta se prescriben en un régimen de 3 o 4 dosis diarias para mantener permanentemente el efecto ansiolítico y las de acción más prolongada se dan en una sola dosis o dos veces al día, pero se tarda de 6 a 10 días en alcanzar el nivel estable. Hay que recordar que los ancianos y debilitados son especialmente susceptibles a sus efectos adversos, por lo que deberán recibir una dosis inicial menor. Además, los pacientes deben ser advertidos de que las benzodiacepinas pueden producir amnesia anterógrada y, con el uso prolongado o dosis elevadas, adicción, presentándose un cuadro de abstinencia tras la interrupción brusca del tratamiento.

BUSPIRONA

Único fármaco ansiolítico derivado de las azaspirodecanodionas comercializado en España.

Mecanismo de acción. La mayor parte del efecto ansiolítico se debe a disminución de la actividad serotoninérgica por actuar como agonista parcial de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} (a nivel presináptico tienen una acción agonista sobre autorreceptores inhibitorios).

Acciones farmacológicas. Presenta actividad ansiolítica y antidepressiva, y su eficacia ansiolítica es similar a la de las benzodiacepinas, pero se necesitan 2 semanas (a veces hasta 3-4 semanas) de tratamiento para que aparezca dicha acción (lo que sugiere una modulación crónica de los receptores serotoninérgicos para que manifieste la actividad terapéutica). A diferencia de las benzodiacepinas, no tiene acción hipnótica, sedante, anticonvulsivante o miorrelajante.

Farmacocinética. Se absorbe bien por vía oral, se une en un 95% a las proteínas plasmáticas y sufre intenso metabolismo de primer paso hepático, dando un metabolito activo con una actividad ansiolítica 20-25% de la buspirona, eliminándose por orina (29-63%) y por heces (13-38%). Su semivida de eliminación es de 2-11 h. La farmacocinética de la buspirona no parece presentar alteraciones en la población geriátrica.

Efectos adversos. Los más frecuentes al principio del tratamiento son inquietud, nerviosismo, insomnio, cefaleas, parestias, mareos, vértigos y náuseas, pero tienden a remitir al continuar el tratamiento. Además, puede producir disforia, e incluso se ha notificado la aparición de pensamientos suicidas. A diferencia de las benzodiacepinas, no altera la memoria, no produce sedación, trastornos cognitivos o psicomotores ni se ha notificado el desarrollo de dependencia física o abstinencia.

Interacciones farmacológicas. No potencia los efectos del alcohol ni otros fármacos depresores centrales. Se puede potenciar mutuamente la toxicidad de la buspirona y del diazepam. Pueden aparecer reacciones hipertensivas cuando se asocia con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). El verapamilo, el diltiazem y la eritromicina incrementan la concentración plasmática de la buspirona con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, mientras que la rifampicina la disminuye (con inhibición de su efecto). A su vez, la buspirona incrementa las concentraciones plasmáticas de haloperidol (se desaconseja su asociación).

Aplicaciones terapéuticas. Indicada en el tratamiento a corto plazo de los trastornos de ansiedad generalizada con o sin depresión asociada (15-60 mg/día repartidos en 2-3 tomas), alcanzándose el máximo beneficio terapéutico a las 4-6 semanas de tratamiento. También está indicada en aquellos casos en que las benzodiacepinas producen demasiados efectos secundarios (como en ancianos) o en aquellos pacientes con antecedentes de drogodependencia. Es poco eficaz en pacientes que previamente han sido tratados con benzodiacepinas y no es útil en casos agudos

TABLA 18-2. Aplicaciones terapéuticas y dosis oral diaria recomendada (adultos) para los trastornos de ansiedad

Benzodiacepina	Indicaciones autorizadas en España	Dosis (mg/día*)	Observaciones
De acción larga			
Bromazepam	Ansiedad, fobia, obsesiones, angustia, dificultad de contacto interpersonal y comunicación, organoneurosis	4,5-36	Por lo general no está indicado en niños, salvo indicación médica
Clobazam	Estados de ansiedad agudos y crónicos, ansiedad que acompaña a los estados depresivos o a las psicosis, alcoholismo, epilepsia	20-80	Tratamiento coadyuvante en epilepsia, especialmente en formas parciales no controladas por tratamiento convencional
Clorazepato dipotásico	Ansiedad, fobia, histeria, insomnio	15-100	Se puede utilizar por vía intramuscular o intravenosa (dosis 20 mg/8 h)
Clordiazepóxido	Ansiedad, fobia, histeria, insomnio, alcoholismo crónico, espasmos musculares de variada etiología	15-75	En alcoholismo crónico puede llegarse a un máximo de 300 mg/día; uso aceptado en niños > 6 años
Diazepam	Ansiedad (sola o asociada a otras alteraciones orgánicas o psíquicas), insomnio, espasmos musculares, alcoholismo crónico, premedicación anestésica, epilepsia, espasticidad cerebral, terrores nocturnos y sonambulismo en niños, sedante en cirugía menor	4-40	Puede utilizarse por vía intramuscular, intravenosa (5-10 mg/4-6 h) o rectal (5-10 mg/día). Uso aceptado de la vía rectal como anticonvulsivo en niños cuando se precisa acción rápida y la vía parenteral sea indeseable o impracticable
Halazepam	Neurosis (de ansiedad, fóbica, histérica)	60-160	Uso no recomendado en < 18 años
Ketazolam	Neurosis de ansiedad, insomnio, espasmos musculares, espasticidad cerebral	15-75	Uso no recomendado en < 18 años
Pinazepam	Ansiedad y tensión de origen psiconeurótico, depresivo, involutivo o psicósomático	5-20	Uso no recomendado en niños
De acción corta			
Alprazolam	Ansiedad, angustia con o sin agorafobia	1-4	Uso no recomendado en < 18 años
Benzazepam	Ansiedad, fobia, histeria, insomnio	75-150	Uso no recomendado en niños
Clotiazepam	Ansiedad, premedicación anestésica, neuroleptoanalgesia	15-60	Uso no recomendado en niños
Lorazepam	Ansiedad, fobia, histeria, insomnio, alcoholismo crónico, pánico, ansiedad ligada a procedimientos quirúrgicos y/o diagnósticos, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia	2-10	Uso aceptado en > 5 años

*Estas dosis deberán reajustarse en caso de insuficiencia hepática o renal, niños, ancianos y pacientes debilitados

de ansiedad (su efecto ansiolítico puede tardar hasta 3 semanas en aparecer), en crisis de angustia ni en la fobia social. Este fármaco carece de actividad sobre el complejo receptor GABA-benzodiacepínico, por lo que no puede ser utilizado para mejorar o prevenir los síntomas del síndrome de abstinencia benzodiacepínica.

Cuidados de enfermería. La buspirona es una alternativa no sedante a las benzodiacepinas, pero el efecto ansiolítico tarda semanas en aparecer (2-4 semanas). En caso de cambio de benzodiacepinas a buspirona, debe retirarse lentamente la benzodiacepina para evitar la abstinencia, ya que la acción farmacológica es totalmente diferente.

OTROS ANSIOLÍTICOS

Antidepresivos

Algunos antidepresivos, como los tricíclicos, los ISRS, los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS), así como los IMAO, son el tratamiento de elección en diversos cuadros de ansiedad (v. cap. 20).

Son los fármacos de elección en pacientes que presentan un *cuadro mixto de ansiedad y depresión*, y también resultan eficaces en los *trastornos de ansiedad generalizada*.

En los *trastornos obsesivo-compulsivos* son eficaces los ISRS (como fluoxetina, fluvoxamina o sertralina) y la clo-

mipramina (antidepresivo tricíclico). Los *trastornos de pánico* pueden tratarse con los ISRS, los antidepresivos tricíclicos clomipramina e imipramina, así como con algunos IMAO (tranilcipromina), aunque estos últimos no se utilizan como fármacos de primera elección debido a las interacciones alimentarias que se pueden producir. Además son útiles los antidepresivos tricíclicos de tipo serotinérgico y los ISRS en *reducir las pesadillas y recuerdos traumáticos característicos de los trastornos por estrés postraumático*, aunque no se recomienda tratamiento sin psicoterapia.

La *fobia social* puede tratarse de forma satisfactoria con una combinación de psicoterapia (terapia cognitiva conductual) y farmacoterapia, como los ISRS (escitalopram y paroxetina), la clomipramina (antidepresivo tricíclico), la tranilcipromina (IMAO) o la venlafaxina (IRNS). Para las fobias específicas (como el miedo a las alturas o a los animales), no suele recomendarse la terapia farmacológica, sino la terapia conductual.

Cuidados de enfermería. Se utilizan dosis superiores de estos fármacos en los trastornos de ansiedad a las necesarias en la depresión, y se necesitan de 1 a 3 meses para observarse efecto terapéutico. Algunos pacientes con trastornos de pánico tienen dificultades de tolerancia por reacciones de hiperestimulación, por lo que se recomienda comenzar el tratamiento con la dosis más baja posible e ir incrementándola de forma gradual o bien asociarlos inicialmente con una benzodiacepina para evitar el aumento inicial de la ansiedad.

Antihistamínicos

Algunos antihistamínicos H_1 , como la hidroxizina, se pueden utilizar como ansiolíticos, aunque a dosis tan elevadas que produce intensa sedación (400 mg/día). Estos fármacos están reservados, no obstante, para pacientes propensos a la adicción, alcohólicos o resistentes a otros tratamientos.

Bloqueadores betaadrenérgicos

Los bloqueadores β , como el propranolol, se usan para tratar algunas formas de ansiedad en que los síntomas físicos son importantes. Actúan bloqueando las manifestaciones somáticas adrenérgicas de la ansiedad (palpitaciones, temblor, sudoración) al interrumpir el estímulo adrenérgico. Pueden ser útiles en las *fobias sociales* (al no interferir en la capacidad de atención, memoria, concentración) y en el «pánico de escena» (ansiedad antes de actuar o hablar en público) se sabe que 10-40 mg de propranolol 1 h antes de la actuación reduce de forma significativa la sintomatología somática y los temores derivados de ella.

Cuidados de enfermería. Los bloqueadores β pueden producir bradicardia, insuficiencia cardíaca, broncoespasmo y vasoconstricción periférica, por lo que no deben ser utilizados en pacientes asmáticos y en los que tienen trastornos del ritmo cardíaco.



PUNTOS IMPORTANTES PARA ENFERMERÍA

- Las benzodiacepinas son los fármacos más utilizados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, y su selección depende de sus características farmacocinéticas.
- Se debe utilizar la dosis mínima eficaz de benzodiacepinas durante el menor tiempo posible y no interrumpir el tratamiento de forma brusca ni modificar las dosis sin consultar con el médico (se puede producir dependencia y síndrome de abstinencia).
- No se deben tomar bebidas alcohólicas y no se aconseja la conducción de vehículos ni el manejo de maquinaria peligrosa o de precisión durante el tratamiento con benzodiacepinas.
- Se debe advertir al paciente de la posibilidad de amnesia anterógrada.
- Rara vez ocurre la muerte por una sobredosis de benzodiacepinas, a menos que se tomen otros fármacos depresores; en casos graves se utiliza el flumazenilo como antídoto.
- La buspirona tiene acción ansiolítica sin producir sedación, incoordinación ni adicción, aunque puede tardar hasta 4 semanas en actuar.
- Las benzodiacepinas son poco eficaces en la ansiedad asociada a las fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de pánico y trastornos de estrés postraumático; en estos casos, el tratamiento de elección son los antidepresivos.
- Los bloqueadores β son útiles para controlar las manifestaciones somáticas adrenérgicas de la ansiedad.
- No hay que olvidar que, en la mayoría de los casos, el tratamiento psicoterapéutico es necesario junto con el farmacológico en los trastornos de ansiedad.

Actividad. Contesta las siguientes preguntas de acuerdo a lo leído

Señale la afirmación correcta acerca de las benzodiazepinas:

- a) Son agonistas parciales de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}.
- b) No potencian el efecto depresor del alcohol.
- c) Se utiliza en los trastornos obsesivo-compulsivos.
- d) No producen dependencia física y psíquica.
- e) Incrementan los efectos inhibidores del ácido gamma-aminobutírico.

¿Cuál es el mecanismo de acción de la buspirona?

- a) Inhibición de la recaptación de la serotonina.
- b) Acción agonista parcial de receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}.
- c) Aumento de los efectos del GABA.
- d) Agonista de receptores GABA_B.
- e) Antagonista betaadrenérgico.

¿Cuál de los siguientes fármacos no se utiliza en el tratamiento de la ansiedad?

- a) Diazepam.
- b) Buspirona.
- c) Flumazenilo.
- d) Ketazolam.
- e) Clordiazepóxido.

¿Cuál de los siguientes efectos adversos es propio de las benzodiazepinas?

- a) Síndrome serotoninérgico.
- b) Síndrome neuroléptico maligno.
- c) Priapismo.
- d) Síndrome de abstinencia.
- e) Reacciones extrapiramidales.

Indique cuál de los siguientes fármacos se emplea preferentemente en el tratamiento de los trastornos de pánico o crisis de angustia:

- a) Propranolol.
- b) Diazepam.
- c) Imipramina.
- d) Buspirona.
- e) Hidroxizina.

Señale la afirmación correcta sobre el propranolol:

- a) Es el fármaco de elección en el «pánico de escena».
- b) Es inhibidor no selectivo de la recaptación de monoaminas.
- c) Se utiliza ampliamente para el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos.
- d) Es un antihistamínico H₁.
- e) Produce dependencia física y psíquica tras tratamiento prolongado.