



# Mi Universidad

## MAPA CONCEPTUAL

*Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa*

*Nombre del tema: Antidepresivos y ansiolíticos*

*Parcial: IV*

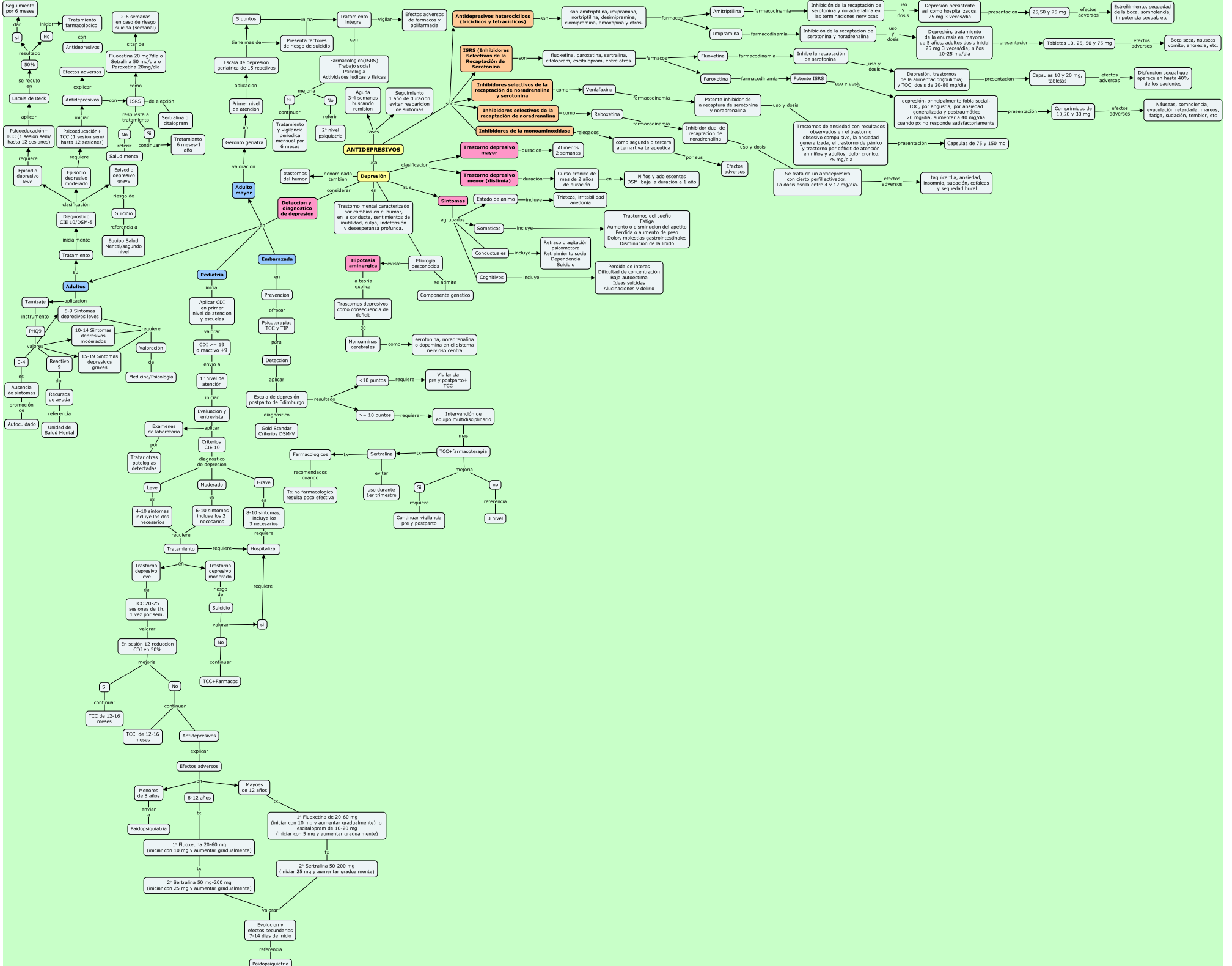
*Nombre de la Materia: Farmacología*

*Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo*

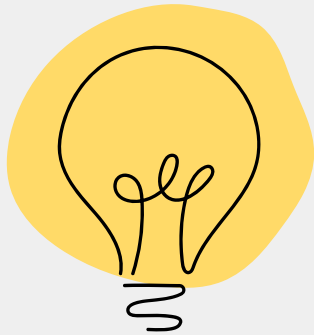
*Nombre de la Licenciatura: **Licenciatura en Medicina Humana.***

*Semestre: III*

*Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 07 de Diciembre del 2024*



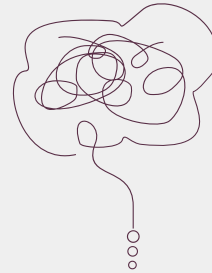
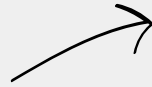
# ANSIOLITICOS



## DEFINICIÓN

constituyen un grupo de medicamentos que disminuyen la ansiedad, la tensión emocional, el estrés y los estados de angustia.

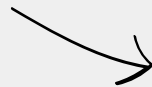
1



## ANSIEDAD

Es un estado del organismo en el cual éste se dispone en situación de alerta alarma con respecto a una amenaza a su integridad física o emocional, con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía

2



## TIPOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

- Ansiedad generalizada
- Crisis de pánico
- Agorafobia
- Fobia social
- Estrés y trauma
- TOC

3



## NEUROTRASMISORES IMPLICADOS

- GABA, noradrenalina, serotonina

4

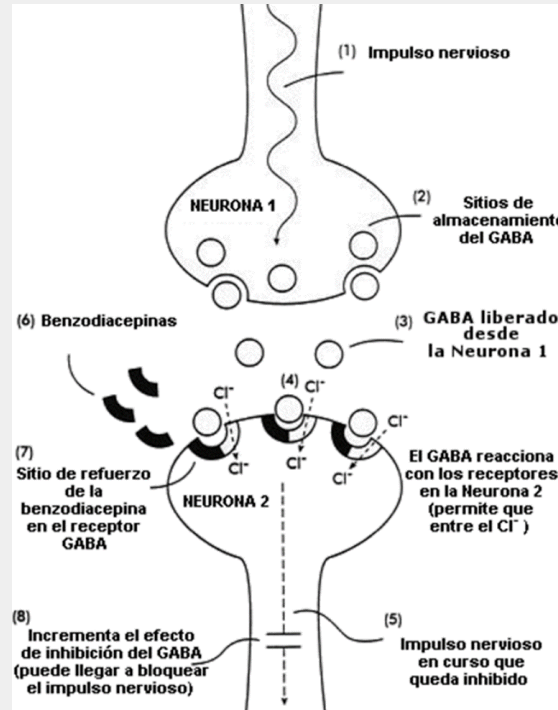
# BENZODIAZEPINAS

## FARMACOCINETICA

Las benzodiazepinas favorecen la transmisión gabaérgica e inhiben el recambio de ciertos neurotransmisores como son noradrenalina, serotonina, acetilcolina y dopamina, lo que ocasiona su efecto ansiolítico y sedativo.

Son fármacos que actúan en el cerebro aumentando la afinidad del receptor de ácido gamma-aminobutírico (GABA) por el GABA, lo que produce un efecto inhibitor del neurotransmisor.

1



Actúan selectivamente sobre GABA

2

Facilitan la apertura de canales de cloruro activados por GABA

3

Potencian la respuesta a GABA, aumentan su afinidad por el receptor

4

## FARMACODINAMIA

Al aumentar la actividad del receptor de benzodiazepinas, estrechamente en contacto con el complejo iónico GABA, permiten una mayor activación de los canales de cloro por el GABA, permitiendo que el ion fluya al interior de la membrana, inhibiendo la excitabilidad neuronal.

# BENZODIAZEPINAS



clasifican en tres grupos de acuerdo a la duración de su efecto:

## BENZODIAZEPINAS DE ACCIÓN PROLONGADA

Poseen una vida media de 24 horas o más



Clonazepam,  
Clobazepam  
Clorazepato  
Diazepam

## BENZODIAZEPINAS DE ACCIÓN INTERMEDIA

Tienen una vida media que oscila entre 5 a 24 horas.



Alprazolam  
Lorazepam  
Bromazepam  
Temazepam

## BENZODIAZEPINAS DE ACCIÓN CORTA.

Tienen una vida media menor de cinco horas



Triazolam  
Midazolam  
Oxazepam

**CLONAZEPAM**



Está indicado en las crisis de angustia ("ataque de pánico"). La dosis inicial es de 0.5 mg cada 12 horas, se aumenta de manera progresiva hasta llegar a una dosis de 1.5 a 10 mg al día dividida en 2 a 3 tomas.

\*\*Se puede usar en casos de epilepsia\*\*

**CLORAZEPATO**



Se emplea como ansiolítico en trastornos de ansiedad y se utiliza a dosis de 20 mg/ día.

**ALPRAZOLAM**



Se utiliza en ansiedad relacionada con síntomas depresivos y crisis de angustia. Ante ansiedad se utiliza una dosis de 0.25 a 0.5 mg tres veces al día; en crisis de angustia se emplean 1.5 a 6 mg al día divididos en 3 a 4 tomas.

**LORAZEPAM**



Es un potente ansiolítico, es muy útil en crisis de angustia. Se emplea por vía oral a una dosis de 0.5 a 6 mg/día o por vía sublingual se usa 0.05 mg/kg/día. Por vía intravenosa se utiliza para el control de estados epilépticos.

**TRIAZOLAM**



Se indica sobre todo como hipnótico y en la medicación preanestésica a dosis de 0.125 a 0.5 mg/día

**OXAZEPAM**



Se usa como ansiolítico de elección en ancianos y aquellos con trastornos renales o hepáticos; se emplea a una dosis de 30 a 60 mg al día repartido en tres tomas.

**MIDAZOLAM**



Se utiliza en procedimientos quirúrgicos antes y durante la cirugía. Es el medicamento más utilizado como sedante en los pacientes que requieren de apoyo ventilatorio mecánico. Suele administrarse en infusión continua. El fármaco se presenta en ampulas de 15 y 50 mg.



# FLUMACENIL

**PRESENTACIÓN** 6

El fármaco se presenta en ampolletas de 0.5 y de 1 mg.

**DEFINICIÓN** 1

Es un antagonista de los receptores fisiológicos de las benzodiazepinas.

2

El es el antídoto de elección en caso de sobredosis por benzodiazepinas.

3

Actúa desplazando de dichos receptores a las benzodiazepinas debido a su afinidad por estos receptores.

**ADMINISTRACION** 4

Se administra por vía intravenosa, su vida media es de 53 minutos. La dosis de ataque es 0.2 a 0.3 mg IV cada minuto, hasta la recuperación de la conciencia o dosis total de 2 mg.

**R.A** 5

náuseas, vómito, mareos, agitación y confusión.

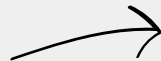
# BENZODIAZEPINAS

## REACCIONES ADVERSAS



- Sedación y somnolencia
- Disminución de la atención Disminución de la agudeza mental
- Disminución de la coordinación muscular

## CONTRAINDICACIONES

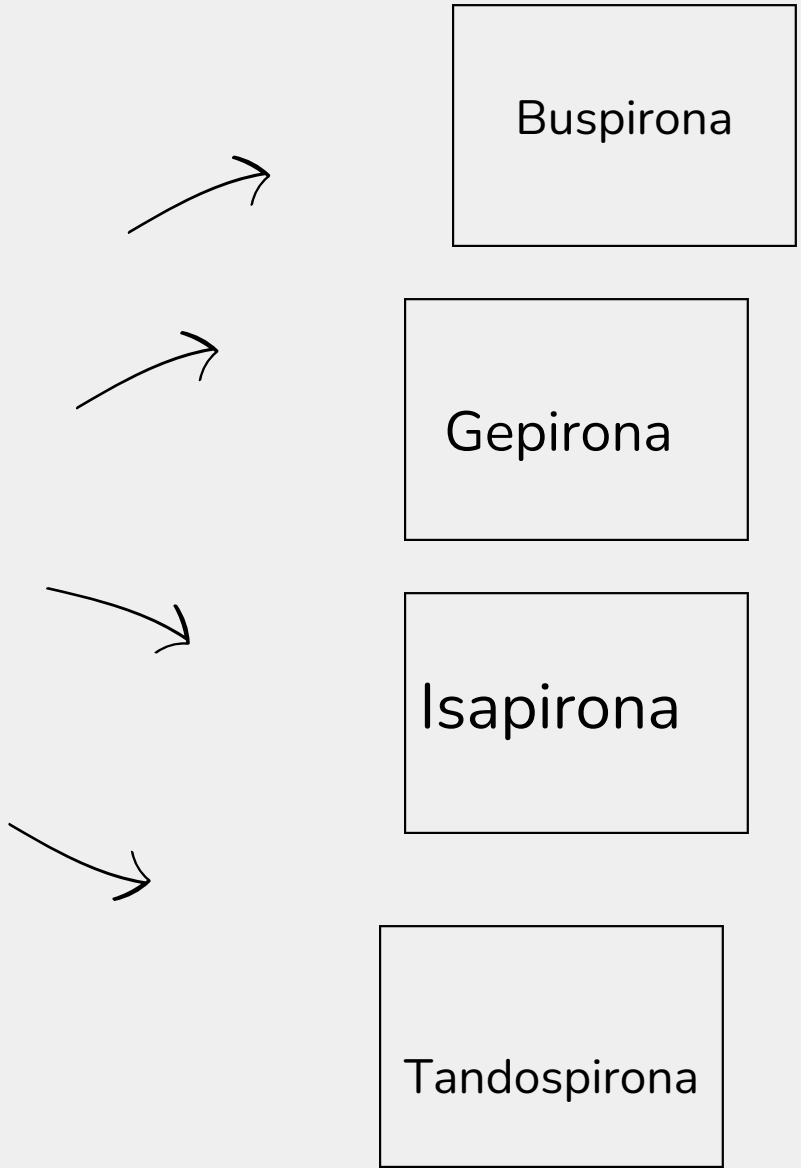


- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia hepática
- Glaucoma de ángulo estrecho,
- Durante el embarazo Y lactancia



# ANSIOLÍTICOS NO BENZODIAZEPÍNICO

## LAS AZASPIRONAS



# ANSIOLÍTICOS NO BENZODIAZEPÍNICO

## FARMACODINAMIA

Tiene afinidad moderada por los receptores dopaminérgicos D1 del cerebro.  
**Actúa como agonista de receptores 5-HT1A** somatodendríticos en las neuronas serotoninérgicas del rafe medio disminuyendo las tasas de disparo espontáneas de éstas, lo que conduce a la disminución de serotonina y sus metabolitos en el núcleo estriado, el hipocampo y el *septum*.

## FARMACOCINETICA

Administración oral  
Se absorbe con rapidez en el tubo digestivo.  
Se une en 95% con las proteínas plasmáticas.  
Su vida media es de 2 a 11 horas.  
Es metabolizada en el hígado y eliminada por orina y heces.

## DOSIS

5 mg tres veces al día y luego adicionar 5 mg cada dos días hasta alcanzar dosis de 15 mg tres veces al día

## PRESENTACIÓN

tabletas de 5 y 10 mg.

## LA BUSPIRONA

## CONTRAINDICACIONES

hipersensibilidad, insuficiencia hepática o renal grave.

## REACCIONES ADVERSAS

mareo, náuseas, cefalea, nerviosismo, insomnio, fatiga, excitación y sudación

# ANSIOLÍTICOS NO BENZODIAZEPÍNICO

## FARMACODINAMIA

Se conocen tres tipos de receptores benzodiazepínicos (conocidos como receptores omega), el zolpidem se une de forma selectiva al receptor omega 1 facilitando la inhibición neural mediada por GABA. El zolpidem acorta el tiempo de sueño, reduce la cantidad de despertares nocturnos, aumenta la duración del sueño y mejora su calidad.

• se utiliza en el tratamiento del insomnio, ya sea transitorio, de corta duración y crónico.

## FARMACOCINETICA

Se administra por vía oral, se absorbe con rapidez en el tubo digestivo. Las concentraciones plasmáticas se alcanzan después de 0.5 a 2 horas. Se une a las proteínas plasmáticas en 92%. Su vida media es de 1 a 4 horas. Es metabolizado con rapidez en el hígado y eliminado a través de la orina y las heces.

## ZOLPIDEM

• Es un derivado de una distinta clase química: las imidazopiridinas.

## DOSIS

10 mg una vez al día.

## CONTRAINDICACIONES

hipersensibilidad, insuficiencia respiratoria grave, insuficiencia hepática grave, síndrome de apnea del sueño y menores de 15 años de edad.

## REACCIONES ADVERSAS

Cefalea, somnolencia, mareos, náuseas, vómitos y mialgias. A dosis mayores puede causar depresión respiratoria.

## PRESENTACIÓN

tabletas de 10 mg.

# TX-GPC

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO



Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.



Los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) son los medicamentos de primera elección.



Cuando el ISRS no puede prescribirse o no hay mejoría del paciente después de 12 semanas de tratamiento, debe utilizarse un antidepresivo tricíclico (imipramina, clomimipramina).

# TX-GPC

## ANSIEDAD GENERALIZADA

### TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Iniciar el tratamiento lo antes posible □ Uso de benzodiazepinas (BZD: alprazolam, lorazepam y diazepam) en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones

tratamiento a corto plazo (8-12 semanas) □

En el tratamiento a largo plazo

Desde el inicio se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Iniciar con paroxetina, sertralina o escitalopram

Sino hay mejoría cambiar a Venlafaxina o Imipramina

Para retirar el ISRS debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia

En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede prescribirse Buspirona en lugar de BZD. □

Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción □

### C.I

No se recomienda la prescripción de venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes hipertensos solo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.

Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa.

En caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica

## TCC

Sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal.

## FOBIA SOCIAL

Se recomienda el uso de propanolol antes de la exposición, mientras para la fobia social generalizada el uso de ISRS (paroxetina

## TOC

se recomiendan antidepresivos:  
Primera línea: ISRS (fluoxetina, , paroxetina, sertralina)  
Segunda línea: clomipramina, venlafaxina, citalopram  
Tercera línea: clomipramina IV escitalopram

## CRISIS DE PANICO

El tratamiento de elección en la crisis de pánico es el uso de BZD (diazepam, alprazolam, clonazepam y lorazepam) a dosis baja

## TX-GPC TRATAMIENTO COMBINADO

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

## TAMIZAJE

## TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

## TX ADULTP MAYOR

Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI, GeriatricAnxiety Inventory) y GAI-SF (versión corta) para el diagnóstico y seguimiento de TAG en la persona mayor. Es considerado como el gold estándar para esta población

Inventario de Ansiedad BECK (BAI) Escala de HAMILTON para Ansiedad (HARS)

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aristil Chery, P. M. (2020). *Manual de farmacología básica y clínica* (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Vanderah, T.W. Katzung, B.G. (2022). *Farmacología Básica y Clínica* (15° ed.). McGraw-Hill Lange

Lorenzo, P., Moreno, A., Leza, J. C., Lizasoain, I., Moro, M. Á., & Portolés Pérez, A. (2020). *Velásquez: Farmacología básica y clínica* (19ª ed.). Editorial El Manual Moderno.

Guía de Práctica Clínica Referencia rápida. *Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención* (2022). Edit. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-832-22/RR.pdf>

GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>

GPC. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>

GPC. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor(2019). [https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GRR\\_0.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GRR_0.pdf)

GPC. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>

Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria(2008). [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Enter\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Enter_compl.pdf)