

# Guia farmacoterapèutica d'antidepressius i ansiolítics en adults



## GTS Vallès Occidental Est

## **Grup de treball**

- Alícia Franzi Siso. Farmacèutica. SAP Sabadell. Institut Català de la Salut
- Belén Brun Alonso. Metgessa de família. EAP Montcada i Reixac. Institut Català de la Salut
- Belén Marzari Trentalence. Psiquiatra. CSMA Cerdanyola del Vallès. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Josep Mampel Amela. Metge de Família. EAP Ripollet. Institut Català de la Salut
- Marina Caterina Bargalló. Psiquiatra. CSMA Badia del Vallès. Institut Català de la Salut
- Miquel Cirera Perich. Metge de família. EAP Sabadell Can Rull. Corporació Sanitària Parc Taulí
- Oscar Pablos Mateos. Metge de família. EAP Sant Quirze. Institut Català de la Salut
- Pau Hidalgo Valls. Metge de família. EAP Barberà del Vallès. Institut Català de la Salut
- Ramon Coronas Borri. Psiquiatre. Corporació Sanitària Parc Taulí
- Ramon Vila Miró. Metge de família. EAP Sabadell 6. Institut Català de la Salut

## **Coordinació**

- Cristina López Velázquez. Regió Sanitària Barcelona. Servei Català de la Salut
- M. Antònia Gelabert Ballester. Regió Sanitària Barcelona. Servei Català de la Salut

# ÍNDEX

<b>1. Introducció .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Justificació .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Objectius .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Protocols compartits amb l'atenció primària abans de derivar al CSMA. Selecció de l'antidepressiu i de l'ansiolític segons el diagnòstic .....</b>	<b>7</b>
<b>5. Característiques dels principis actius .....</b>	<b>14</b>
5.1. Primera elecció d'ISRS .....	14
5.2. Fàrmacs de segona elecció.....	16
5.3. Antidepressius tricíclics .....	17
5.4. Benzodiazepines .....	20
<b>ANNEX I.Tècnica i resolució de problemes .....</b>	<b>22</b>
<b>ANNEX II. Guies de l'OMS amb pautes psicoeducatives .....</b>	<b>24</b>
Reacció de dol .....	25
Trastorn d'adaptació .....	27
Trastorn no orgànic del son (insomni) .....	28
Depressió.....	30
Distímia .....	33
Trastorn d'ansietat generalitzada .....	35
Trastorn de pànic .....	37
Trastorns somatomorfs .....	39
<b>ANNEX III. Dispensació d'antidepressius en cas d'embaràs i lactància .....</b>	<b>41</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>45</b>

# 1. Introducció

La depressió és una malaltia mental caracteritzada per la tristesa, ganes de plorar, cansament, pèrdua d'il·lusions, pèrdua de la gana, trastorns del son, baixa autoestima...

És un trastorn que ens pot afectar a tots i que limita la persona afectada i el funcionament del seu entorn, tant a nivell familiar, social i/o laboral, ja que implica un important patiment que disminueix la qualitat de vida de l'individu i també suposa un risc de mort. La taxa de suïcidi dels pacients que pateixen depressió és del 15%.

Els trastorns depressius són els trastorns mentals més freqüents en atenció primària. Entre un 9 i un 20% de la població general pot presentar símptomes depressius en algun moment de la seva vida. La prevalença de depressió s'estima que és el doble en les dones que en els homes. Les xifres més altes s'obtenen en les dones entre els 12 i els 55 anys.

Donada aquesta realitat, es detecta la necessitat de dissenyar programes de tractament i prevenció de la depressió i el suïcidi. Per això, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb les estratègies del Pla de salut i del Pla director de salut mental i addiccions, ha finançat l'aplicació del projecte l'Aliança Europea contra la Depressió a la ciutat de Sabadell, població on viu un 45% dels habitants del GTS del Vallès Occidental Est. Es tracta d'un projecte que proposa afrontar la depressió mitjançant un programa d'intervenció integral amb quatre nivells d'actuació: població general, metges d'atenció primària i equips d'atenció primària, grups socials, i poblacions definides de risc.

## 2. Justificació

Aquesta guia, emmarcada en el territori del Govern Territorial de Salut del Vallès Occidental Est, està elaborada per professionals dels equips d'atenció primària de salut i dels centres de salut mental d'adults (CSMA) del territori.

L'atenció primària de salut és la porta d'entrada dels usuaris al sistema sanitari. L'alta prevalença dels factors psicològics presents en els trastorns de salut general fa que el paper de l'atenció primària sigui clau en la detecció i resolució dels trastorns mentals menys greus. Per desenvolupar aquest rol d'una manera eficient és imprescindible el suport dels equips d'atenció especialitzada en salut mental als professionals d'atenció primària.

Amb aquesta finalitat, un dels objectius del Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya és millorar la detecció precoç i la capacitat resolutiva dels equips d'atenció primària de salut, a través, entre d'altres projectes, de l'elaboració de guies consensuades entre els equips d'atenció primària i els serveis especialitzats en salut mental, per a l'abordatge del maneig dels professionals de l'atenció primària de salut de les patologies més prevalents en aquest àmbit: trastorns d'ansietat, depressió, diagnòstic diferencial del trastorn bipolar, el risc de suïcidi, els trastorns somatomorfs, consum i abús de substàncies.

### 3. Objectius

Els principals objectius de la guia són els següents:

- Informar, identificar i tractar correctament la depressió i l'ansietat per poder millorar la prevenció d'aquestes malalties.
- Ha de ser una eina operativa i fàcil d'utilitzar.
- Ha d'ajudar a aclarir conceptes als professionals dels equips d'atenció primària per ampliar les seves eines en la detecció de la depressió i l'ansietat.
- Ha de permetre fer una primera exploració bàsica psiquiàtrica en una visita.
- Consensuar un circuit assistencial que clarifiqui quin és el rol que pertoca als equips d'atenció primària i als centres de salut mental d'adults.
- Clarificar un ús racional de la medicació amb indicacions clares de quan s'ha d'iniciar i com s'ha de fer el seguiment dels tractaments.
- Consensuar i definir un circuit de derivació de qualitat i de coresponsabilitat dels pacients.

**4. Protocols compartits amb l'atenció primària abans de derivar al centre de salut mental d'adults (CSMA). Selecció de l'antidepressiu i de l'ansiolític segons el diagnòstic**

El grup de treball ha tingut present un enfocament de consens entre nivells assistencials i ha plantejat la Guia en el marc dels models d'interconsulta que regeixen la coordinació entre atenció primària i salut mental.

En aquest primer bloc de la Guia, es donen unes pautes –detallades a la taula següent– dels passos que cal seguir amb el pacient, tant a nivell farmacològic com de les tècniques de resolució de conflictes.

La taula està estructurada en quatre conceptes:

- Diagnòstic.
- Primera actuació: Primera actuació a seguir .
- Segona actuació: Si la primera actuació no ha funcionat, es defineix un segon nivell d'actuació.
- Tercera actuació: Si la segona actuació no ha funcionat, es defineix un tercer nivell d'actuació.

Sempre cal tenir present que els casos es poden consultar amb el professional especialitzat en salut mental en les sessions d'interconsultes.

Diagnòstic	Primera actuació	Segona actuació	Tercera actuació
<p><b>Consultes que poden ser objecte d'atenció clínica</b></p> <p>Problemes laborals            Problemes biogràfics            Problema d'aculturació            Problemes familiars            Simulació            Incompliment terapèutic            Comportament antisocial            CI<sup>1</sup> límit            Deteriorament per l'edat            Clínica bigarrada</p>	<p><b>Valorar tècniques de resolució de problemes (si cal)</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Annex I)</a></p>	<p><b>A demanda Bz<sup>2</sup> puntuals o bé pautaades en període inferior a quatre setmanes</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 5)</a></p>	<p><b>Possible interconsulta</b></p>
<p><b>Dol</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Annex II)</a></p>	<p><b>Elaboració del dol</b></p>	<p><b>- Als tres mesos, si no millora:</b></p> <p><b>Bz i/o AD<sup>3</sup> (ISRS<sup>4</sup>) i/o derivació grups de dol</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 1)</a></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 5)</a></p> <p><b>- Si als sis mesos no millora</b></p> <p><b>- A l'any dol patològic</b></p>	<p><b>Possible interconsulta</b></p> <p><b>Derivació a CSMA</b></p>

<sup>1</sup> CI: coeficient intel·lectual.

<sup>2</sup> Bz: benzodiazepines.

<sup>3</sup> AD: antidepressius.

<sup>4</sup> ISRS: inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

Diagnòstic	Primera actuació	Segona actuació	Tercera actuació
<b>Trastorns adaptatius<sup>5</sup></b> <u>(Vegeu Annex II)</u>	<b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b> <u>(Vegeu Annex I)</u>  Identificar factors desencadenants	<b>Pautes psicoeducatives</b> Tècnica de resolució de problemes, si cal  <b>A demanda Bz puntuals o bé pautades en període inferior a quatre setmanes</b> <u>(Vegeu Taula 5)</u>	Si continuen els símptomes durant un mes, cal valorar altres diagnòstics...  <b>Possible interconsulta</b>
<b>Trastorns del son</b> <u>(Vegeu Annex II)</u>  Descartar altres patologies / fàrmacs causals / SAOS <sup>6</sup>	<b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b> <u>(Vegeu Annex I)</u>  Pautes psicoeducatives + Pautes del son  Supressió de xantines Infusions	Si és necessari, hipnòtics intermitents <u>(Vegeu Taula 5)</u> - Inducció al son (Bz curts): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorazepam</li> <li>• Lormetazepan</li> <li>• Zolpidem<sup>7</sup></li> </ul> - Son trencat (Bz llargs): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam,</li> <li>• Clorazepat de potàssic</li> </ul> <u>(Vegeu Taula 5)</u> - Despertar precoç (antidepressius): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirtazapina (és més efectiva a dosi de 15mg/nit com a hipnòtic)</li> <li>• Trazodona (dosi de 50/100 mg/nit)</li> </ul> <u>(Vegeu Taula 2)</u>	       <b>Possible interconsulta</b>

<sup>5</sup> Trastorn adaptatiu:  
Definició CIE 10: estats de malestar subjectius acompanyats d'alteracions emocionals que, en general, interfereixen en l'activitat social i que apareixen durant el període d'adaptació a un canvi biogràfic significatiu o a un fet vital estressant.  
Definició DSM-IV: desenvolupament de símptomes emocionals o comportaments en resposta a un fet estressant psicosocial identificable. Clínicament: malestar superior previsible donada la natura del fet estressant, amb un deteriorament significatiu de l'activitat social o professional. Important: no s'aplica quan els símptomes representen una reacció de dol.

<sup>6</sup> SAOS: síndrome d'apnea obstructiva del son.

<sup>7</sup> Zolpidem no és una benzodiazepina; és un hipnòtic.

Diagnòstic	Primera actuació	Segona actuació	Tercera actuació
<b>Trastorn depressiu distímic i trastorn depressiu major lleu</b> <u>(Vegeu Annex II)</u>	<b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b> <u>(Vegeu Annex I)</u>  Pautes psicoeducatives  Pautes d'estil de vida saludable	Grup psicoeducatiu de depressió. Potenciar tècniques de resolució de problemes  <b>ISRS: fluoxetina, citalopram, paroxetina, sertralina</b>  <u>(Vegeu Taula 1)</u>	<b>Possible interconsulta</b> (derivar si hi ha comorbiditat)
<b>Trastorn depressiu major moderat</b> <u>(Vegeu Annex II)</u>	<b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b> <u>(Vegeu Annex I)</u>  Pautes psicoeducatives  Pautes d'estil de vida saludable  <b>1a. elecció: ISRS</b>  <u>(Vegeu Taula 1)</u>  <b>A dosis plenes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Citalopram</li> <li>• Paroxetina</li> <li>• Sertralina</li> </ul> <b>Associar amb Bz les dues primeres setmanes</b>  <u>(Vegeu Taula 5)</u>	Grup de depressió AP i/o TRP   <b>Esperar sis setmanes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta parcial: Augmentar dosis</li> <li>• Si no hi ha resposta: Canvi a IRSN<sup>8</sup> venlafaxina Augment gradual de dosis fins arribar a 150 mg/dia + Bz les dues primeres setmanes</li> </ul> <u>(Vegeu Taula 2)</u>  <u>(Vegeu Taula 5)</u>  <b>Esperar sis setmanes. Si no hi ha millora parcial, DERIVAR</b>	<b>DERIVACIÓ AL CSMA</b> si es sospiten idees d'autòlisi o augmenta la gravetat, cal derivar sense esperar

<sup>8</sup> IRSN: inhibidor selectiu de la recaptació de serotonina i noradrenalina.

Diagnòstic	Primera actuació	Segona actuació	Tercera actuació
<p><b>Trastorn depressiu major greu</b></p>	<p><b>DERIVACIÓ URGENT AL CSMA</b></p> <p><b>Primer tractament que s'ha de donar:</b></p> <p><b>1a. elecció:</b>  <b>IRSN venlafaxina fins a 150 mg/dia + Bz</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 2)</a></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 5)</a></p> <p><b>Si hi ha contraindicació, altres duals o tricíclics</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Taula 3)</a></p>		
<p><b>Trastorn d'ansietat generalitzada</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Annex II)</a></p>	<p><b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b></p> <p><a href="#">(Vegeu Annex I)</a></p> <p>Pautes psicoeducatives</p>	<p>Grup d'ansietat AP</p> <p><b>Valorar a partir de les quatre setmanes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>BZ o betabloquejants (diazepam, clorazepat dipotàssic o propranolol a dosis de 10-40 mg)</b></li> </ol> <p><a href="#">(Vegeu Taula 5)</a></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Substitució gradual a les dues setmanes per ISRS (excepte Fluoxetina)</b></li> </ol> <p><a href="#">(Vegeu Taula 1)</a></p>	<p>Si es manté forta ansietat més de tres mesos...</p> <p><b>Possible interconsulta</b></p>

Diagnòstic	Primera actuació	Segona actuació	Tercera actuació
<b>Trastorn de pànic</b> <u>(Vegeu Annex II)</u>	<b>Valorar tècniques de resolució de problemes</b> <u>(Vegeu Annex I)</u> Pautes psicoeducatives Supressió de xantines  <b>Diazepam o lorazepam sublingual per a crisi de pànic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bz recomanades (no s'han d'administrar més de deu dies)<sup>9</sup>:  <b>Diazepam/clorazepat dipotàssic/ clonazepam (cal evitar alprazolam)</b></li> <li>AD: paroxetina, citalopram  <u>(Vegeu Taula 1)</u>  <u>(Vegeu Taula 5)</u></li> </ul>	Si no millora o té agorafòbia...  <b>Possible interconsulta</b>
<b>Trastorns somatomorfs</b> <u>(Vegeu Annex II)</u>	<b>Escolta activa + pautes psicoeducatives</b>  <b>Nota:</b> cal evitar proves i medicacions innecessàries	<b>La medicació AD (ISRS/IRSN) pot ser d'utilitat en alguns casos</b>  <u>(Vegeu Taula 1)</u> <u>(Vegeu Taula 2)</u>	<b>Possible interconsulta</b>
<b>Alcoholisme</b> <sup>10</sup>	<b>Entrevista motivacional</b> Iniciar desintoxicació deu dies amb clometiazol o clorazepat dipotàssic		<b>Derivar CASD</b> <sup>11</sup> <b>si no millora o té comorbiditat</b>

<sup>9</sup> Evitar tractaments perllongats.

<sup>10</sup> No administrar diazepam, ja que conjuntament amb l'alcohol és un depressor i, per tant, està contraindicat.

<sup>11</sup> CASD: centre d'atenció i seguiment de drogodependències.

## 5. Característiques dels principis actius

### 5.1. Primera elecció d'ISRS

Els ISRS es consideren els antidepressius de primera elecció, ja que presenten una eficàcia similar als nous antidepressius i als tricíclics, però amb un millor perfil d'efectes adversos i un bon maneig en l'ajust de dosis.

La selecció del principi actiu es farà tenint en compte les característiques dels fàrmacs descrites a la Taula 1<sup>12</sup>.

**Taula 1. Primera elecció d'ISRS**

Principi actiu	Rang de dosi inicial (mg/dia)	Rang de dosi recomanat (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Interval dosis	Perfil sedació/agitació	Vida mitja d'eliminació	Observacions
<b>Fluoxetina</b>	10 6-8 dies	20-40	20-80 Gent gran: 20-40	24 h	Activador	4-6 dies Metabòlit: 4-16 dies	Major incidència d'insomni, agitació, pèrdua de pes i rash Embaràs (major experiència)
<b>Citalopram</b>	10 6-8 dies	20-40	20-60 Gent gran: 20-40	24 h	Neutre	33-37 h	Major incidències de nàusees
<b>Sertralina</b>	50 6-8 dies	50-200	50-200 Gent gran: no és necessari ajust de dosis	24 h	Neutre	26 h	Indicat en IAM recent o angina inestable Lactància (menor exposició del nadó)
<b>Paroxetina</b>	10 6-8 dies	20-40	20-50 Gent gran: 10-40 s'ha administrar amb menjar	24 h	Sedant	15-22 h	Síndrome de retirada/discontinuació amb major freqüència Major incidència de símptomes extrapiramidals Major augment de pes Major disfunció sexual Major risc de suïcidi No s'ha d'administrar en embaràs

<sup>12</sup> Taula extreta amb variacions de la "Guia Farmacològica per a l'abordatge dels trastorns de l'espectre depressiu en l'adult", setembre de 2008. Capítol Vallès Oriental.

## Efectes adversos dels ISRS

Efecte advers	Grups de risc	Maneig
Hemorràgia digestiva alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacients que prenen concomitantment: anticoagulants orals, fàrmacs que afecten l'agregació plaquetària, fàrmacs que augmenten el risc d'hemorràgia (AINE, ac. acetilsalicílic, antipsicòtic atípic, ADT)</li> <li>- Pacients amb antecedents de trastorns hemorràgics o estats que predisposin a l'hemorràgia</li> <li>- Pacients d'edat superior a 80 anys</li> </ul>	<p>Si és necessari l'ús de AINE o altres fàrmacs que predisposin a l'hemorràgia, cal utilitzar els menys gastrolesius</p> <p>Cal valorar gastroprotecció</p>
Disfunció sexual		<p>Canviar a mirtazapina/trazodona</p> <p>Cal valorar l'administració de sildenafil 50-100 mg</p>
Risc de suïcidi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacients d'elevat risc</li> <li>- Menors de 30 anys</li> </ul>	<p>En cas de sospita, cal monitorar signes d'alerta (acatàsia, idees suïcides, ansietat, agitació), especialment en les primeres setmanes des de l'inici de l'antidepressiu</p>
Molèsties gastrointestinals		<p>Iniciar amb una dosi menor fins que es toleri l'efecte advers</p>
Augment de pes		<p>Cal fer dieta i exercici físic.</p> <p>Canviar a fluoxetina</p>
Hiponatrèmia (poc freqüent)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gent gran</li> <li>- Dones</li> <li>- Nivells baixos de sodi en plasma</li> <li>- Ús concomitant de diürètics</li> </ul>	<p>Monitorar els nivells de sodi, 1-2 setmanes des de l'inici antidepressiu</p> <p>En cas de letargia i/o confusió, cal determinar el sodi plasmàtic, especialment en gent gran</p>

## 5.2. Fàrmacs de segona elecció

### Venlafaxina

#### Indicació

1. Quan no hi ha resposta després de cinc setmanes, amb una assaig previ d'1 o 2 ISRS.
2. Depressions d'intensitat greu.

### Mirtazapina

#### Indicació

1. Quan hi ha problemes de son i pèrdua de gana/pes.
2. En pautes de potenciació/combinació amb altres antidepressius.

### Trazodona

#### Indicació

1. Quan hi ha trastorn del son amb despertar precoç.

Taula 2<sup>13</sup>. Fàrmacs de segona elecció

Principi actiu	Rang dosi inicial (mg/dia)	Rang dosi recomanat (mg/dia)	Rang de dosis (mg/dia)	Interval dosis	Vida mitja d'eliminació	Observacions
<b>Venlafaxina (forma retardada)</b>	75-150  6-8 dies	150	75 - 225  Administrar amb menjar	24 h	5 h Metabòlit: 11 h	Contraïndicat en pacients d'elevat risc d'arítmies cardiaques i IM recent; PA no controlada  Monitorar la PA i signes i símptomes de disfunció cardíaca  En pacients que experimenten un increment sobtat de la PA, cal reduir la dosi o discontinuar el tractament  Major risc de síndrome de retirada / discontinuació  Major risc de suïcidi que amb els ISRS  Major risc de toxicitat per sobredosi que amb els ISRS
<b>Mirtazapina</b>	15 - 30	30 - 45	15 - 45	24 h	20-40 h	Millor perfil d'efectes adversos.  EA freqüents: sedació, mareig i augment de la gana i del pes
<b>Trazodona</b>	150	150-300	150-400	24 h	5-9 h	EA freqüents: somnolència, vertigen, hipotensió, ortostàtica, sequedat de boca

Font : Fitxes tècniques, MICROMEDEX, GPC Depressió de la Universitat de Michigan.

<sup>13</sup> Taula extreta amb variacions de la "Guia Farmacològica per a l'abordatge dels trastorns de l'espectre depressiu en l'adult", setembre de 2008. Capítatiu Vallès Oriental.

## Efectes adversos dels fàrmacs de segona elecció

Fàrmac	Anticolinèrgics	Sedació	Insomni/ agitació	Hipotensió postural	Digestius	Disfunció sexual	Augment pes	Toxicitat en sobredosi
Venlafaxina	-	-	+	-	++	++	-	Baixa
Mirtazapina	-	++	-	-	-	-	++	Baixa
Trazodona	- (mínims, la sequedat de boca està més relacionada amb efectes alfaadrenèrgics)	-	+	+	++	+	+ (o pèrdua de pes)	Baixa

### 5.3. Antidepressius tricíclics

#### Indicació

1. Es recomana que la prescripció d'antidepressius tricíclics la faci l'especialista. Si el pacient és crònic, un cop estigui estabilitzat, el seguiment el pot fer el metge de família. Cal recordar que els metges de família utilitzen l'amitriptilina per a problemes d'insomni i dolor crònic, en aquests casos no cal que el pacient sigui visitat pel psiquiatre.

2. Resistència als ISRS i a la venlafaxina.

3. Depressions amb símptomes melancòlics o endogenomorfs clars.<sup>14</sup>

**Taula 3. Antidepressius tricíclics**

Principi actiu	Rang de dosi inicial (mg/dia)	Rang de dosi recomanat (mg/dia)	Rang de dosis (mg/dia)	Interval dosi	Vida mitja d'eliminació	Observacions
<b>Imipramina</b>	25	75-150	25-200	12h	8-20 h	Major risc de toxicitat en sobredosis
<b>Clomipramina</b>	25	75-150	50-250	12h	20-40 h	Cardiotoxicitat
<b>Amitriptilina</b> <sup>15</sup>	10	25-75	25-200	24h	16-22h	En pacients amb risc cardiovascular, monitorar PA i ECG
<b>Nortriptilina</b>	10-20	75-100	10-150	6-8h	18-60h	Contraïndicat en pacients d'elevat risc cardiovascular Monitorar PA i ECG

Font : Fitxes tècniques, MICROMEDEX.

<sup>14</sup> Taula extreta amb variacions de la "Guia Farmacològica per a l'abordatge dels trastorns de l'espectre depressiu en l'adult", setembre de 2008. Capítol Vallès Oriental.

<sup>15</sup> L'amitriptilina actual s'utilitza per al dolor crònic i no és gaire utilitzada com a antidepressiu.

## Efectes adversos dels antidepressius tricíclics

Fàrmac	Anticolinèrgics	Sedació	Insomni/agitació	Hipotensió postural	Digestius	Disfunció sexual	Augment pes	Toxicitat en sobredosi
Imipramina	++	+	+	++	-	+	++	Alta
Clomipramina	++	++	+	++	+	++	+	Moderada
Amitriptilina	+++	+++	-	++	+	++	++	Alta
Nortriptilina	+	+	+	+	+	+	-	Alta

(++) Relativament freqüent o greu. (+) Poc freqüent o moderat. (-) Rar o lleu

## Durada del tractament

1. Cal mantenir la pauta antidepressiva a la dosi que ha estat eficaç, durant un mínim de 6 mesos des de l'assoliment de la remissió de l'episodi, de cara a la prevenció de recurrències.
2. Després de 6 mesos de pauta antidepressiva, cal revalorar el seu manteniment en funció del nombre d'episodis previs, la presència de símptomes residuals i la coexistència de circumstàncies psicosocials negatives. En general, la prevenció de recaigudes aconsella mantenir el tractament fins als 9-12 mesos.
3. En pacients amb antecedents de dos o més episodis depressius recurrents que hagin comportat una disfunció significativa, cal mantenir el tractament un mínim de 2 anys.
4. Tercer episodi depressiu o més: s'ha de valorar si cal mantenir el tractament de forma indefinida.

En qualsevol dels casos, en retirar l'antidepressiu s'ha de realitzar de forma lenta i progressiva per evitar la síndrome de discontinuïtat (excepte els de vida mitja-llarga com la fluoxetina) i cal valorar els símptomes de recaiguda.

## Recomanacions per a la retirada dels antidepressius

- Les quatre primeres setmanes: retirar un terç de la dosi. Disminuir un terç de la dosi durant 4 setmanes.
- Les següents 4-8 setmanes: retirar la meitat de la dosi restant. Disminuir la meitat de la dosi restant durant les 4-8 setmanes següents.
- La retirada pot durar d'1 a 3 mesos.

### Antidepressius no seleccionats

La guia no inclou altres opcions terapèutiques de més recent introducció que les esmentades anteriorment, ja que manca evidència per poder situar aquests nous fàrmacs en el lloc exacte dins de les alternatives terapèutiques de la depressió. No obstant això, són alternatives que cal tenir en compte en el maneig especialitzat en casos resistents a altres opcions terapèutiques o com a pautes de potenciació (vegeu Taula 4).

**Taula 4<sup>16</sup>. Altres antidepressius no seleccionats**

Principi actiu	Rang dosi inicial (mg/dia)	Rang dosi recomanat (mg/dia)	Rang de dosis (mg/dia)	Interval dosi	Vida mitja d'eliminació	Observacions
Escitalopram	10	20	10-40	24h	25-30	
Duloxetina	30	60	60-120	24h	8-17	Sedació
Fluvoxamina	50	100	50-200	24h	17-22	Sedació

<sup>16</sup> Taula extreta amb variacions de la "Guia Farmacològica per a l'abordatge dels trastorns de l'espectre depressiu en l'adult", setembre de 2008. Capítol Vallès Oriental.

## 5.4. Benzodiazepines

Les benzodiazepines tenen una acció farmacològica ansiolítica i hipnòtica. Són fàrmacs molt utilitzats en el trastorn del son i durant les primeres setmanes de tractament com a complement dels antidepressius.

**Taula 5. Benzodiazepines**

Principi actiu	Rang dosi inicial (mg/dia)	Rang dosi recomanat (mg/dia)	Interval dosis <sup>17</sup>	Vida mitja d'eliminació	Observacions
<b>Diazepam</b>	2-15	5-30	8-12-24	Llarga	Absorció molt ràpida sublingual Intramuscular erràtica
<b>Clorazepat Dipotàssic</b>	2,5-15	5-30	8-12-24	Llarga	Absorció ràpida
<b>Lorazepam</b> <sup>18</sup>	0,5-3	1-5	8-12-24	Curta	Absorció molt ràpida sublingual Absorció lenta via oral
<b>Lormetazepam</b> <sup>19</sup>	0,5-2	0,5-2	24	Curta	Absorció ràpida Màxim 4 setmanes
<b>Zolpidem</b> <sup>20</sup>	10 (5 gent gran)	Màxim 10	24		Absorció ràpida Màxim 4 setmanes. Pot produir amnèsia retrògrada
<b>Alprazolam</b>	0,25-1	0,25-4	8-12-24	Curta	Absorció molt ràpida Alt poder addictiu No recomanat de primera elecció

Notes:

- En persones grans, cal evitar les benzodiazepines de llarga durada, d'elecció lorazepam.
- No es recomana allargar el tractament de les benzodiazepines més de tres mesos
- Tenen un alt poder d'addicció i tolerància.

<sup>17</sup> Dosis màximes aconsellades per l'atenció primària.

<sup>18</sup> Només administrar com a hipnòtic.

<sup>19</sup> Només administrar com a hipnòtic.

<sup>20</sup> El zolpidem no és una benzodiazepina; és un hipnòtic d'acció ràpida.

## Minimitzar els quadres d'abús i abstinències

- S'ha de prescriure la menor dosi eficaç.
- Duració màxima del tractament:
  - 4 setmanes per a l'insomni.
  - 12 setmanes per al trastorn d'ansietat.
- No s'ha de retirar mai el tractament de forma brusca.

## Supressió de benzodiazepines

Les benzodiazepines de vida mitja-curta estan més relacionades amb l'aparició de dependència i símptomes de retirada que les de vida mitja-llarga; és per això que habitualment se substitueix la dosi de benzodiazepines d'abús per la dosi equivalent a una benzodiazepina de vida mitja-llarga (el diazepam és la més utilitzada). Si el pacient està prenent diverses benzodiazepines al mateix temps, cal unificar-les totes en una mateixa dosi equivalent (vegeu Taula 6).

Tant si es canvia la benzodiazepina per una de vida mitja-llarga o es deixa la mateixa, la pauta de descens de dosi ha de ser entre un 10% i un 25% de la dosi diària total, i s'ha d'anar retirant en intervals d'aproximadament 2-3 setmanes. Si durant la disminució de la dosi apareixen símptomes d'abstinència, es mantindrà la mateixa dosi una setmana més abans de passar a la següent.

S'ha de donar sempre una pauta escrita al pacient.

S'han de retirar progressivament les benzodiazepines a mesura que l'antidepressiu ISRS fa el seu efecte.

**Taula 6. Taula d'equivalències entre les benzodiazepines**

Principi actiu	Dosi equivalent mg/dia
Diazepam (Valium)	5mg – 10mg
Clorazepat Dipotàssic (Tranxilium – Dorken)	7,5mg -15mg
Lorazepam (Orfidal – Idalprem)	1mg – 2mg
Lometazepam (Loramet-Noctamid)	0,5-1mg – 1-2mg
Alprazolam (Trankimazin)	0,5mg – 1 mg
Bromazepam (Lexatin)	3mg – 6mg
Clonazepam (Rivotril)	1mg – 2mg
Flunitrazepam (Rohipnol)	0.5mg – 1mg
Flurazepam (Domodor)	15mg – 30mg
Halazepam (Alapryl)	20mg – 40mg
Ketazolam (Sedotime)	7,5mg – 15mg
Midazolam (Domicum)	1,50mg – 3mg
Triazolam (Halcion)	0,25 – 0,5mg

## **ANNEX I**

### **Tècnica i resolució de problemes**

La tècnica i resolució de problemes és una estratègia d'intervenció clínica que consisteix en la presentació i pràctica d'un mètode general, estructurat en una sèrie de passos, amb la finalitat d'ajudar el pacient a resoldre els seus problemes vitals. L'objectiu general de la tècnica és millorar la competència social i disminuir el malestar psicològic.

El 1971 Thomas D'Zurilla i Marvin Goldfried van definir un problema com el fracàs per trobar una resposta eficaç. Quan no es troba solució al problema, aquest desemboca en un malestar crònic. Quan les estratègies per enfrontar-se a les situacions ordinàries fracassen, apareix un sentiment creixent d'indefensió que dificulta la visualització de noves solucions. S'inicia l'ansietat o desesperació i disminueix la creença que el problema es pot solucionar.

Consells per al pacient per aplicar la tècnica de resolució de problemes:

- ✓ Llista de problemes i prioritat
- ✓ Identificació del problema primari
- ✓ PLUJA d'idees per trobar solucions
- ✓ Analitzar avantatges (+) inconvenients (-) per cada solució
- ✓ Recordar que cap alternativa serà 100% avantatjosa
- ✓ Escollir la solució més adequada
- ✓ Assumir els inconvenients que pugui tenir
- ✓ Preparar-se per afrontar-la

## **ANNEX II**

### **Guies de l'OMS amb pautes psicoeducatives**

## Reacció de dol

### Queixes presents

El pacient se sent desconcertat i preocupat per la pèrdua de la persona estimada, i pot presentar símptomes somàtics.

### Pautes per al diagnòstic

El pacient té símptomes semblants als de la depressió, tals com:

- Baix estat d'ànim.
- Trastorn del son.
- Pèrdua d'interès.
- Sentiment de culpa o autocrítica.
- Estat d'agitació.

El pacient pot:

- Abandonar les seves activitats normals i les relacions socials.
- Trobar difícil pensar en el futur.

### Diagnòstic diferencial

Si encara persisteix un quadre típic de depressió tres mesos després de la pèrdua de la persona estimada, es considerarà que existeix una depressió [\(vegeu fitxa depressió\)](#).

Símptomes tals com un desmesurat sentiment de culpa o un marcat sentiment d'inutilitat no poden relacionar-se només amb la pèrdua de la persona estimada. Si el sistema psicomotor es fa més lent, pot indicar l'existència de depressió.

Els símptomes que s'assemblen als que trobem en la depressió no són necessàriament indicatius de l'existència d'aquest trastorn (per exemple: el sentiment de culpa sobre accions no portades a terme per la persona abans de la mort; els sentiments de mort reflectits en frases com "m'hauria d'haver mort amb ell" o "m'hauria d'haver mort en el seu lloc"; algunes al·lucinacions tals com veure la persona morta o escoltar la seva veu).

## **Pautes d'actuació**

### **Informació essencial per al pacient i els seus familiars**

Quan hi ha la pèrdua d'una persona que és important per al pacient es produeixen, amb freqüència, períodes d'intensa apatia, d'excitació, d'ansietat, de sentiment de culpa o irritabilitat.

La síndrome d'afflicció típica inclou la preocupació pel mort (fins i tot el fet de veure o escoltar la persona). És normal el desig de parlar sobre la mort.

### **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

S'ha de permetre que la persona amb una reacció de dol parli sobre el mort i les circumstàncies de la seva mort.

Cal animar-la a expressar lliurement els seus sentiments sobre l'esmentada pèrdua (els sentiments de culpa, temor, o malenconia)

Cal explicar-li que la recuperació portarà el seu temps. Pot ser necessari reduir els compromisos laborals o socials.

S'ha d'explicar que la pena serà intensa i que s'anirà suavitzant a mesura que passin els mesos, però que el fet de continuar recordant la pèrdua de la persona estimada de manera continuada provocarà sentiments d'afflicció i de malenconia.

# Trastorn d'adaptació

## Queixes presents

Els pacients se senten sobrepassats pels esdeveniments i són incapaços d'adaptar-se a les circumstàncies.

Hi poden haver símptomes orgànics relacionats amb l'estrès, tals com mal de cap, abdominal o toràcic, palpitations, etc.

## Pautes per al diagnòstic

Reacció aguda a una situació estressant o traumàtica recent.

En presentar-se problemes o preocupacions en la vida diària, el pacient se sent molt angosat.

Poden haver-hi símptomes orgànics i també poden aparèixer altres símptomes, tals com:

- Estat d'ànim baix o depressiu.
- Preocupacions.
- Ansietat.
- Sentiment de ser incapaç de superar les situacions.

Normalment aquests símptomes persisteixen només uns dies o unes setmanes.

## Diagnòstic diferencial

- Si estan presents símptomes dissociatius: símptomes greus o infreqüents de presentació sobtada.
- Si els símptomes persisteixen de forma vistosa o evolucionen negativament, durant més d'un mes, s'ha de considerar un diagnòstic alternatiu.
- Si hi ha símptomes de depressió ([Vegeu fitxa Depressió](#)).
- Si hi ha símptomes d'ansietat ([Vegeu fitxa Trastorn d'ansietat generalitzada](#)).
- Si hi ha símptomes somàtics relacionats amb l'estrès ([Vegeu fitxa Trastorns somatomorfs](#)).

## Informació essencial per al pacient i els seus familiars

L'estrès sovint té efectes físics i mentals.

Els símptomes relacionats amb l'estrès normalment només duren uns dies o unes setmanes.

## Consells específics per al pacient i els seus familiars

- Fer que el pacient reconegui que la importància de les situacions estressants rau en ell mateix.
- Reforçar les postures positives que adopti el malalt per combatre el seu problema.
- Identificar quines accions pot realitzar el pacient per modificar les situacions estressants. Si una situació no pot ser modificada, cal discutir sobre possibles estratègies per solucionar el problema.
- Buscar familiars, amics i organitzacions socials que puguin ajudar el malalt.
- Els petits intervals de descans i d'alleugerir l'estrès poden ser beneficiosos per al malalt.
- Animar el malalt a reprendre les seves activitats habituals al més aviat possible.

## **Trastorn no orgànic del son (insomni)**

### **Queixes presents**

Els pacients estan angoixats i de vegades se senten incapacitats. Por de dormir malament.

### **Pautes per al diagnòstic**

Dificultats per conciliar el son.  
Pertorbacions del son o poca qualitat d'aquest.  
Períodes de vigília perllongats o freqüents.

### **Diagnòstic diferencial**

Els problemes per conciliar el son durant un curt període de temps poden ser conseqüència de successos estressants en la vida dels pacients, malalties orgàniques agudes o canvis d'horari. Problemes persistents del son poden ser indicatius d'un altre procés:

- Si predomina un estat d'ànim depressiu o baix, o hi ha una falta d'interès en les activitats que es duen a terme.
- Si predomina l'ansietat diürna.

Es poden presentar trastorns del son com a queixa d'un trastorn provinent del consum d'alcohol o drogues. Cal preguntar sobre els hàbits de consum del pacient (vegeu les fitxes corresponents).

S'han de tenir presents els problemes orgànics que poden causar l'insomni (per exemple: problemes cardíacs, malalties pulmonars, processos dolorosos).

Cal tenir presents els fàrmacs que poden causar insomni (per exemple: esteroides, teofil·lina, anticongestius, alguns antidepressius).

Si el malalt ronca amb estridència, cal considerar el diagnòstic d'una apnea del son.

Es útil tota la informació que es pugui donar a la persona que dorm amb el pacient. Els pacients amb apnea del son amb freqüència es queixen que tenen son durant el dia però no s'adonen de les vegades que es desperten durant la nit.

## **Pautes d'actuació**

### **Informació essencial per al pacient i els seus familiars**

- Els trastorns del son són comuns en èpoques d'estrès o malaltia orgànica.
- La duració del son varia àmpliament i, generalment, és menor en persones més grans.
- El millor tractament és millorar els hàbits del son (no un fàrmac sedant).
- La preocupació sobre l'insomni pot fer augmentar el problema.
- L'alcohol pot ajudar a conciliar el son però pot provocar un son intranquil i un despertar precoç.
- Els estimulants (inclosos el cafè i el te) poden causar o empitjorar l'insomni.

### **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

Donar ànims al pacient per mantenir una rutina regular per dormir:

- Dur a terme activitats relaxants a la tarda.
- Fixar hores per anar-se'n a dormir i llevar-se, i no variar aquesta pauta durant el cap de setmana.
- Aixecar-se a la mateixa hora, malgrat que no s'hagi dormit bé.
- Evitar adormir-se durant el dia, això pot alterar el son durant la nit següent.
- Recomana que es facin exercicis de relaxació que ajudaran el pacient a adormir-se.
- Advertir el pacient que ha d'evitar la cafeïna i l'alcohol.
- Si el malalt no és capaç d'adormir-se als 20 minuts, cal que s'aixequi i torni a intentar-ho més tard quan se senti cansat.
- La pràctica de l'exercici diürn pot ser una ajuda, ara bé, l'exercici físic abans d'anar a dormir pot contribuir a l'insomni.

# Depressió

## Queixes presents

El malalt pot presentar inicialment un o més símptomes físics (fatiga, dolor). L'entrevista detallada ens revelarà l'ànim baix o pèrdua d'interès.

A vegades el problema que es presenta és la irritabilitat.

Alguns malalts tenen un alt risc de presentar depressió (per exemple: puerperi, accident cerebrovascular recent, malaltia de Parkinson o esclerosi múltiple).

## Pautes per al diagnòstic

- Estat d'ànim baix o tristesa.
- Pèrdua d'interès o capacitat de gaudir.

Freqüentment es presenten símptomes associats:

- Trastorns del son.
- Culpabilitat o baixa autoestima.
- Astènia o pèrdua d'energia.
- Falta de concentració.
- Trastorn de la gana.
- Pensaments o actes suïcides.
- Agitació o alentiment dels moviments o de la parla.
- Disminució de la libido.
- També poden estar presents símptomes d'ansietat o nerviosisme.

## Diagnòstic diferencial

Si apareixen al·lucinacions (escoltar veus o veure visions) o idees delirants (creences rares o inusuals), si és possible, cal considerar la necessitat de consultar sobre possibles formes de maneig terapèutic.

Si el pacient té antecedents d'episodi maníac (excitació, eufòria, verborrea).

Si existeix un consum important d'alcohol.

Si es valora un possible trastorn de la personalitat que pugui enterbolir el pronòstic.

Si hi ha consum d'algunes medicacions que poden produir símptomes de depressió (per exemple: betabloquejants i altres antihipertensius, bloquejants H2, els anticonceptius orals, els corticosteroides).

## **Pautes d'actuació**

### **Informació essencial per al pacient i els seus familiars**

- La depressió és una malaltia freqüent i hi ha tractaments eficaços.
- La depressió no és un senyal de deixadesa o mandra; els pacients s'esforcen en tot el que poden.

### **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

- Preguntar sobre un possible risc de suïcidi: Pensa el pacient amb freqüència en la seva pròpia mort?; Té algun pla específic de suïcidi?; Ha intentat suïcidar-se amb anterioritat?; Té idees suïcides? Pot ser necessària una estreta vigilància per part de la família o els amics. Valorar el risc que pugui fer mal a altres persones
- Planificar activitats a curt termini que tinguin com a finalitat la diversió o consolidar l'autoconfiança.
- Animar el pacient a resistir-se al pessimisme i a l'autocrítica negativa i a no actuar amb idees pessimistes (per exemple: separació o divorci, deixar la feina). Evitar l'atenció excessiva a pensaments negatius o de culpabilitat.
- Identificar problemes de la vida diària i situacions d'estrès. Fer que el pacient es concentri, pas a pas, en fets puntuals per tal que vagi millorant les seves estratègies d'enfrontament. Evitar que prengui decisions dràstiques sobre la seva vida.
- Si hi ha símptomes somàtics, cal intentar esbrinar les relacions existents entre aquests símptomes i l'estat d'ànim ([Vegeu fitxa Trastorns somatomorfs](#)).
- Després de la milloria, cal vigilar possibles símptomes de recaiguda i s'han de planificar amb el pacient possibles fórmules a les quals recórrer si tornen a aparèixer nous símptomes.

### **Consulta a especialistes**

Considerar la consulta a un especialista:

- Si hi ha alt risc de suïcidi, considerar l'internament.
- Si hi ha símptomes psicòtics.
- Si persisteix la depressió de forma significativa.

Les psicoteràpies més intensives (per exemple: teràpia cognitiva, teràpia interpersonal) poden resultar beneficioses per a tractaments de casos aguts i per prevenir recaigudes.

## Medicació

Si la persona té un baix estat d'ànim o manca d'interès molt accentuat durant almenys de dues a quatre setmanes, s'ha d'estudiar la possibilitat d'administrar medicació antidepressiva.

En casos greus, s'ha de prescriure el tractament en la primera visita. En els casos més lleus, cal instaurar la medicació en una visita posterior si els consells que s'han donat no han estat de prou ajuda.

### Criteris per escollir la medicació:

- Si en el passat va tenir una bona resposta a una medicació, cal tornar a utilitzar-la.
- Si són pacients d'edat avançada o tenen una altra malaltia orgànica, s'han d'utilitzar tractaments amb pocs efectes secundaris anticolinèrgics i cardiovasculars.
- Si els pacients estan ansiosos o són incapaços de conciliar el son, cal prescriure medicaments amb efectes sedants més elevats.
- S'ha d'augmentar la dosi progressivament fins que es trobi la més eficaç.
- Cal explicar al pacient que la medicació s'ha de prendre cada dia, que la milloria la començarà a notar passades unes 2-3 setmanes, i que poden presentar-se petits efectes secundaris que normalment desapareixen als 7-10 dies. S'ha d'avisar el pacient que ha de consultar el metge abans de deixar el tractament.

S'ha de continuar la medicació antidepressiva fins com a mínim tres mesos després de la millora dels símptomes.

### Factors de risc de suïcidi en la depressió major

- Antecedents d'intent de suïcidi previ.
- Antecedents de suïcidi en la família.
- Comorbiditat amb trastorns de personalitat: TLP<sup>21</sup>.
- Impulsivitat.
- Desesperança.
- Esdeveniments vitals primerencs traumàtics.
- Estrès vital.
- Poc suport sociofamiliar.
- Sexe masculí.
- Abús - dependència d'alcohol o altres drogues.

---

<sup>21</sup> TLP: Trastorn límit de la personalitat

## **Distímia**

### **Pautes per al diagnòstic**

Estat d'ànim depressiu crònic, present la major part del dia durant almenys dos anys. Hi ha persones que han estat així tota la vida. Alguns autors parlen de "personalitat depressiva". Moltes persones amb distímia arriben a creure que "elles són així" o "és la meua manera de ser".

### **Queixes presents**

Oscil·lacions de l'estat d'ànim amb predomini "d'estar desanimat".

Tendència a l'estat d'ànim amb predomini "desanimat".

Tendència a l'estat d'ànim irritable o depressiu, acostumen a ser irascibles, i amb tendència a estar tristos i cansats, tot els suposa un esforç.

Dificultat per gaudir de les coses positives de la vida, tenen sempre problemes per arribar a considerar-se plenament feliços, res els satisfà, predomina la queixa.

Problemes de son, no acaba de ser reparador, es desvetllen diverses vegades i normalment estan cansats al matí.

Problemes de concentració i de memòria, fins i tot per a les activitats lúdiques (veure una pel·lícula, llegir un llibre, etc.).

Tendència a les somatitzacions. Cefalees i vertígens són els més freqüents, juntament amb els estats de fatiga crònica i els dolors.

La distímia és una causa freqüent del malestar familiar. Les persones amb distímia solen ser irritables, agressives, amb facilitat per entrar en discussions, tendència a l'autoretret i amb una baixa tolerància a les frustracions. Amb freqüència se les qualifica d'amargades o pessimistes. Si el pessimisme es dirigeix cap a l'exterior, els pacients poden malparlar en contra del món i queixar-se que són maltractats pels seus familiars, fills, pares, amics, i per tot el sistema. La crua visió de la vida que tenen i els seus pensaments en relació amb les relacions interpersonals desemboquen en profecies que s'autocompleixen: moltes persones les eviten perquè la seva companyia és poc agradable.

## **Diagnòstic diferencial**

Trastorn depressiu major: és difícil el diagnòstic diferencial ja que ambdós trastorns comparteixen símptomes similars. En el trastorn distímic, els símptomes són menys greus i més crònics, i es mantenen durant anys. De vegades les alteracions de l'estat d'ànim no poden diferenciar-se del "funcionament normal del pacient". Generalment no presenten períodes d'eutímia.

## **Abús de l'alcohol i d'altres substàncies**

Els pacients amb un trastorn distímic amb freqüència compleixen criteris per un trastorn relacionat amb l'abús de substàncies, donada la tendència dels pacients distímics a desenvolupar "mètodes" per afrontar el seu estat depressiu crònic. D'aquesta forma, és probable que aquests pacients utilitzin alcohol, estimulants (per exemple, cocaïna o marihuana), depenent de l'elecció del context social en què es trobin.

# Trastorn d'ansietat generalitzada

## Queixes presents

El malalt pot presentar, inicialment, símptomes físics relacionats amb tensions (cefalees, taquicàrdies) o insomni. L'entrevista revelarà una ansietat predominant.

## Pautes per al diagnòstic

Múltiples símptomes d'ansietat i tensió.

Tensió mental (preocupacions, sensació de tensió o nerviosisme, dificultats de concentració).

Tensió física (inquietaud, cefalees de tensió, tremolors, incapacitat per relaxar-se).

Símptomes físics d'alarma (mareigs, sudoració, taquicàrdia, sequedat de boca, molèsties epigàstriques).

Els símptomes poden durar mesos i sovint són recurrents. Amb freqüència estan desencadenats per successos estressants en aquells pacients amb una tendència crònica a preocupar-se.

## Diagnòstic diferencial

Si predomina un baix estat d'ànim o tristesa ([vegeu fitxa sobre Depressió](#)).

Si es presenten atacs sobtats d'ansietat no provocada.

Si existeix un fort consum d'alcohol.

Certes malalties (tirotoxicosi) o certs fàrmacs (metilxantines, betaagonistes) poden originar símptomes d'ansietat.

## Pautes d'actuació

### Informació essencial per al pacient i els seus familiars

L'estrès i les preocupacions tenen efectes físics i mentals.

El remei més efectiu per reduir els efectes de l'estrès és aprendre unes tècniques específiques (no una medicació sedant).

## **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

Animar el pacient a practicar diàriament mètodes de relaxació a fi de reduir els símptomes físics.

Animar el pacient a realitzar activitats relaxants i de lleure, i a reprendre les activitats que feia en el passat i que li havien estat beneficioses.

## **Identificar i superar preocupacions exagerades**

- 1) Identificar pensaments pessimistes o preocupacions exagerades (per exemple: si la filla es retarda 5 minuts en sortir del col·legi, el pacient pensa que pot haver tingut un accident).
- 2) Buscar solucions per tractar d'afrontar aquests pensaments negatius quan es presentin (Quan el pacient comenci a preocupar-se per la filla, ha de dir-se a si mateix: "M'estic començant a ofegar de nou en les meves preocupacions. Només s'ha retardat uns minuts i deu estar a punt d'arribar. No vull trucar al col·legi per preguntar-ho, encara que arribi una hora més tard").

Els mètodes estructurats d'entrenament en la resolució de problemes poden ajudar el pacient a enfrontar-se a situacions d'estrès, i a les preocupacions de la vida diària que contribueixen a produir els símptomes d'ansietat. Cal identificar els factors desencadenants de la preocupació excessiva (per exemple: una jove presenta preocupacions, tensió, nàusees i insomni. Aquests símptomes van començar quan es va diagnosticar que el seu fill tenia asma. La seva ansietat va empitjorar quan el fill va tenir episodis d'asma).

- 1) Cal parlar amb el pacient per saber què està fent per combatre aquest problema.
- 2) Identificar i reforçar les coses que està fent amb èxit.
- 3) Planificar accions específiques que pot dur a terme el pacient en les pròximes setmanes, com ara: grups amb professionals sanitaris (metges, infermeres, etc.).
- 4) Fer detecció de consum de cànnabis. No se'n recomana el consum.
- 5) Cal recomanar la pràctica regular d'exercici ja que és beneficiosa per a la salut.

# Trastorn de pànic

## Queixes presents

El malalt pot presentar un o més símptomes físics (dolors al pit, marejos, sensació de falta d'aire). Una entrevista amb més profunditat revelarà un quadre més complet, com el descrit més endavant.

## Pautes per al diagnòstic

Atacs inexplicables d'ansietat o por que es desenvolupen ràpidament i que duren només uns quants minuts.

Sovint aquests atacs es presenten amb símptomes vegetatius d'ansietat, com ara: palpitations, sensació de dolor al pit, sensació de falta d'aire, estómac regirat, mareigs, sentiments d'irrealitat o por de patir una malaltia greu (pèrdua del control o tornar-se boig, atac de cor, mort sobtada).

Sovint arriben a sentir temor a un nou atac i eviten els llocs on aquests atacs han ocorregut. Els pacients poden arribar a evitar fer activitats que puguin produir sensacions físiques semblants al pànic.

## Diagnòstic diferencial

Molts processos patològics orgànics poden arribar a causar símptomes semblants als atacs de pànic (arítmia, isquèmia cerebral, malaltia coronària, tirotoxicosi). La història clínica i l'examen físic poden ser suficients per excloure'n la majoria d'ells.

Si els atacs es produeixen únicament en situacions específiques.

Si coexisteix també un estat d'ànim baix o tristesa ([vegeu fitxa sobre Depressió](#)).

## Pautes d'actuació

### Informació essencial per al pacient i els seus familiars

El trastorn de pànic és freqüent i hi ha tractaments efectius per tractar-lo.

L'ansietat produeix sovint símptomes físics alarmants.

Dolors al pit, mareigs o falta de respiració no són necessàriament signes de cap altra malaltia, i passen quan disminueix l'ansietat.

L'ansietat mental i la física es complementen i es reforcen mútuament. Concentrar-se en els problemes físics augmentarà la por.

El pacient no ha de retirar-se o evitar situacions on hagin tingut lloc aquests atacs ja que això reforçaria l'ansietat.

## **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

Aconsellar els pacients que segueixin la pauta descrita a continuació quan es presenti la crisi:

- 1) Romandre on estigui fins que passi l'atac.
- 2) Concentrar-se a controlar l'ansietat, no en altres problemes mèdics.
- 3) Practicar la respiració lenta i relaxada. Una hiperventilació donarà lloc a símptomes físics de pànic. Una respiració controlada reduirà els símptomes físics.
- 4) Convèncer-se a si mateix que és un atac de pànic i que els pensaments i les sensacions de por passaran aviat. Mirar el rellotge per comprovar com passa el temps. Es pot tenir la sensació que ha transcorregut molt de temps encara que només hagin passat uns minuts.
- 5) Fer detecció de consum de cànnabis. És important recordar al pacient que el consum de cànnabis pot empitjorar la seva patologia.

Identificar les pors exagerades que tenen lloc durant aquests atacs de pànic (per exemple: el pacient té por de patir un atac de cor).

Dotar el pacient de recursos per afrontar aquestes pors durant l'atac de pànic (per exemple: el pacient ha de dir-se a si mateix "No estic patint un atac de cor. Això és un atac de pànic i passarà dintre d'uns minuts").

Els grups d'autoajuda poden ser molt útils per superar els símptomes del trastorn de pànic i superar les fòbies que l'acompanyen.

## Trastorns somatomorfs

### Queixes presents

El malalt pot presentar qualsevol símptoma físic.  
Els símptomes més freqüents poden variar d'un país a un altre.  
Les queixes poden ser úniques o múltiples, però poden canviar amb el temps

### Pautes per al diagnòstic

Molts símptomes orgànics sense explicació mèdica (és necessari fer una història clínica i un examen físic per determinar-ho).  
Consultes mèdiques freqüents amb resultats negatius.  
Alguns pacients poden estar interessats principalment en el fet que solucionin els seus problemes orgànics. Altres poden estar exageradament preocupats perquè pensen que tenen una malaltia orgànica malgrat que no sigui així (hipocondria).  
Són freqüents els símptomes d'ansietat o depressió.

### Diagnòstic diferencial

La recerca de la prescripció de narcòtics per alleugerir el dolor pot ser un senyal de l'existència d'un trastorn degut al consum de drogues.  
Trastorns originats pel consum de drogues.  
Si predomina, un estat d'ànim decaïgut o depressiu ([vegeu fitxa sobre Depressió](#)).  
Si presenta estranys símptomes físics (per exemple: creença que els seus òrgans estan decaïent).  
Si presenta símptomes prominents d'ansietat ([vegeu fitxa sobre Trastorn de pànic](#) i [Trastorn d'ansietat generalitzada](#)).

### Pautes d'actuació

#### Informació essencial per al pacient i els seus familiars

L'estrès provoca sovint símptomes físics.  
S'ha de centrar a solucionar els símptomes, no a descobrir-ne les causes.  
És possible que no hi hagi curació, l'objectiu és poder viure al millor possible malgrat que els símptomes persisteixin.

## **Consells específics per al pacient i els seus familiars**

Reconèixer que els símptomes físics del pacient són reals. No són mentides ni invencions.

Preguntar al pacient:

- Què creu que li provoca els símptomes? Què és el que li causa el trastorn?
- I les pors: Què és el que li fa por que li pugui passar?

Oferir l'explicació més apropiada per treure-li les pors (per exemple: el dolor abdominal no indica que existeixi un càncer). Aconsellar el pacient que no s'obsessioni amb els problemes mèdics.

Analitzar amb el pacient les alteracions emocionals que existeixen quan es presenten els símptomes.

Els mètodes de relaxació poden ajudar a alleugerir els símptomes relacionats amb tensions (cefalees, dolor al coll o esquena).

Animar el pacient a fer exercici i tenir activitats en el seu temps d'oci. El pacient no ha d'esperar a que desapareguin tots els símptomes per reprendre les seves activitats habituals.

Mantenir consultes periòdiques amb els pacients que presenten les queixes de forma crònica pot evitar que hagin d'anar freqüentment als serveis d'urgències.

## **ANNEX III**

### **Dispensació d'antidepressius en cas d'embaràs i lactància**

## Dispensació d'antidepressius en embaràs i lactància

Diagnòstic	Condicionants	Tractament	Comentaris
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodi depressiu lleu</li> <li>- Distímia</li> <li>- Dol complicat</li> </ul>	Embaràs i lactància	Iniciar tractament amb mesures no farmacològiques	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodi depressiu que no respon a mesures no farmacològiques</li> <li>- Distímia que no respon a mesures no farmacològiques</li> <li>- Episodi depressiu en el context d'un dol</li> </ul>	Embaràs	Mantenir les mesures no farmacològiques	Individualitzar el tractament en funció del risc-benefici. Tant els antidepressius tricíclics com els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina poden produir síndrome d'abstinència neonatal i es recomana suspendre'ls 3-4 setmanes abans del part si la relació risc-benefici ho permet. La <b>sertralina</b> a dosi de 50 mg al dia seria d'elecció. No superar la dosi de 200 mg/dia. Cal evitar l'ús de paroxetina a l'embaràs.
	Lactància	Sertralina 50mg/24 hores durant 225 dies. Comprimits	S'ha d'iniciar el tractament amb dosi de 50 mg al dia i es pot augmentar segons la resposta. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodi depressiu que no respon al tractament farmacològic inicial</li> </ul>	Embaràs	Mantenir les mesures no farmacològiques	Individualitzar el tractament segons el risc-benefici. Tant els antidepressius tricíclics com els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina poden produir síndrome d'abstinència neonatal i es recomana suspendre'ls 3-4 setmanes abans del part si la relació risc-benefici ho permet. El <b>citalopram</b> a dosi de 20 mg al dia seria una alternativa. No s'ha de superar la dosi de 60 mg/dia. Evitar l'ús de paroxetina a l'embaràs
	Lactància	Citalopram 20 mg/24 hores durant 225 dies. Comprimits	S'ha d'iniciar el tractament amb dosi de 20 mg al dia i es pot augmentar segons la resposta. No s'ha de superar la dosi de 60 mg/dia

Diagnòstic	Condicionants	Tractament	Comentaris
- Trastorn de pànic lleu o moderat	Embaràs i lactància	Iniciar tractament amb mesures no farmacològiques	
- Trastorn de pànic sever amb o sense agorafòbia o trastorn de pànic que no respon a mesures no farmacològiques	Embaràs	Sertralina 50 mg/24 hores durant 270 dies. Comprimits	Individualitzar el tractament segons el risc-benefici. Tant els antidepressius tricíclics com els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina poden produir síndrome d'abstinència neonatal i es recomana suspendre'ls 3-4 setmanes abans del part si la relació risc-benefici ho permet. La <b>sertralina</b> a dosi de 50 mg al dia seria d'elecció. No superar la dosi de 200 mg/dia. Cal evitar l'ús de paroxetina a l'embaràs.
	Lactància	Sertralina 50mg/24 hores durant 270 dies. Comprimits	S'ha d'iniciar el tractament amb dosi de 50 mg al dia i es pot augmentar segons la resposta. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia.
- Trastorn de pànic sever amb necessitat de control ràpid de símptomes	Embaràs	Sertralina 50 mg/24 hores durant 270 dies. Comprimits	Individualitzar el tractament segons el risc-benefici. Tant els antidepressius tricíclics com els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina poden produir síndrome d'abstinència neonatal i es recomana suspendre'ls 3-4 setmanes abans del part si la relació risc-benefici ho permet. La <b>sertralina</b> a dosi de 50 mg al dia seria d'elecció. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia. Cal evitar l'ús de paroxetina a l'embaràs.  S'han d'evitar les benzodiazepines de llarga durada durant l'embaràs, emprar a dosis baixes i períodes curts. En cas necessari es pot utilitzar <b>lorazepam</b> a dosis d'1 mg cada 24 hores.
	Lactància	Sertralina 50 mg/24 hores durant 270 dies. Comprimits	S'ha d'iniciar el tractament amb dosi de 50 mg al dia i es pot augmentar segons la resposta. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia.  Cal evitar l'ús de benzodiazepines en la lactància. Si es necessita es pot utilitzar <b>lorazepam</b> a dosis d'1 mg cada 24 hores; s'ha d'administrar després de donar el pit.

Diagnòstic	Condicionants	Tractament	Comentaris
- Trastorn obsessiu-compulsiu amb símptomes lleus	Embaràs i lactància	Iniciar tractament amb mesures no farmacològiques	
- Episodi obsessiu-compulsiu amb símptomes moderats o severes	Embaràs	Mantenir les mesures no farmacològiques	Individualitzar el tractament segons el risc-benefici. Tant els antidepressius tricíclics com els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina poden produir síndrome d'abstinència neonatal i es recomana suspendre'ls 3-4 setmanes abans del part si la relació risc-benefici ho permet. La <b>sertralina</b> a dosi de 50 mg al dia seria d'elecció. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia. Cal evitar l'ús de paroxetina a l'embaràs.
	Lactància	Sertralina 50mg/24 hores durant 365 dies. Comprimits	S'ha d'iniciar el tractament amb dosi de 50 mg al dia i es pot augmentar segons la resposta. No s'ha de superar la dosi de 200 mg/dia. El tractament s'ha de continuar fins als 12-24 mesos un cop assolida la resposta terapèutica.

## Bibliografia

1. Adaptació al model sanitari català de la Guia de Pràctica Clínica sobre maneig de la Depressió Major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; juny 2010
2. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. National Institute of Clinical Excellence (NICE).  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG022NICEguidelineamended.pdf>
3. Associació de Psiquiatria Americana: DSM IV. Barcelona, Masson
4. Campbell-Sills L, Stein M: Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2006. Available online at [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)
5. Depression. Prodigy Guidance. [http://www.cks.library.nhs.uk/depression/in\\_summary](http://www.cks.library.nhs.uk/depression/in_summary)
6. Guia NICE ansietat: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10960/29642/29642.pdf>
7. Guia NICE depressió: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>
8. Guia farmacoterapèutica per a l'abordatge dels trastorns de l'espectre depressiu en l'adult. Grup dels capitatius del Vallès Oriental. 2008
9. Guia psicofarmacotèrapèutica del Baix Llobregat
10. Lima MS, Moncrieff J. Una comparación de fármacos versus placebo para el tratamiento de la distimia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library 2007 issue 2. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd).
11. Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos... y nunca se atrevió a preguntar. Autores: J Gubert róala. E Álvarez. E Baca. L Casais. E Cuenca. L Ferrando. M Gutiérrez Fraile. C Leal. J A Micó. P Tejedor del Real. Editor J Gubert Róala. Editorial Aula Médica
12. Manual de psicofarmacoterapia. Autores: José M<sup>a</sup> Cámara Teruel. Carlos Cañete Nicolás. Fernando Dualde Beltrán (coordinadores). Editorial Entheos
13. OMS: CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid, Meditor, 1992
14. OMS: CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992
15. Orientació inicial dels trastorns de la salut mental més prevalents a l'atenció primària. ICS Àmbit d'Atenció Barcelona Ciutat
16. Psicofarmacología aplicada a la atención primaria. Autores: Luis pacheco Yañez. Juan Medrano Albéniz. Editorial Glosa
17. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Autor: Stephen M Stahl. Editorial: Ariel Neurociencia.

18. Recomanacions per a l'abordatge terapèutic dels trastorns mentals en persones grans institucionalitzades. CatSalut. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB). Octubre 2009
19. Salut mental i atenció primària. Societat Catalana de medicina. Editorial scmfic
20. Tractament farmacològic de l'insomni. BIT. Vol. 21, núm. 2. 2009
21. Tratado de Psicofarmacología. Autores: Alan F. Schatzberg. Charles B. Nemeroff. Editorial: Masson.
22. Uso de psicofármacos en el embarazo y lactancia. Autores: Juan Medrano Albéniz. María José Zardoya Mateo. Luis Pacheco Yañez. Editorial Euromedice-Ediciones Médicas.
23. Vicens Caldentey C, Fiol Gelabert, F. Utilización y deshabitación de benzodiazepinas. En C@p (revista electrónica) 2009. Disponible en <http://www.capsenfyc.com/fCap.php?VmVyIHVuYSBhY3R1YWxpemFjafNu&MTcz&MQ%3D%3D>