



# Recomanacions per a l'abordatge terapèutic dels trastorns mentals en persones grans institucionalitzades



Octubre 2009



Direcció de Farmàcia  
Mercè Rodríguez  
Jordi Peláez  
Corinne Zara

Secretaria  
Pilar Caballeria  
Francesc Cruzado



# Índex

Presentació .....	2
Relació de participants .....	3
Introducció.....	4
Consideracions generals sobre el tractament farmacològic en la gent gran.....	5
I. Trastorns de l'estat d'ànim .....	10
I.A. Trastorns afectius depressius .....	10
I.B. Trastorns afectius bipolars .....	20
II. Trastorns d'ansietat .....	28
III. Insomni i altres trastorns associats .....	48

### PRESENTACIÓ

El descens de la natalitat, d'una banda, i la disminució de la morbimortalitat com a resultat de l'increment d'intervencions preventives en salut, de l'altra, tenen com a conseqüència un envelliment progressiu de la població dels països desenvolupats amb el consegüent impacte econòmic, social i sanitari.

Aquest trànsit demogràfic, en especial l'augment dels grups de més edat respecte de la població envellida, obliga a planificar polítiques sanitàries específiques dirigides a aquest segment de població i a replantejar els recursos existents davant el previsible increment de la demanda.

La millora de l'atenció sanitària a les persones grans és un dels objectius sanitaris primordials del Departament de Salut, concretament el desenvolupament d'una política farmacèutica orientada als resultats de salut i centrada en el pacient.

L'ingrés d'aquest tipus de pacients, amb comorbiditat elevada, dependència i important utilització de recursos sanitaris, en centres residencials assistits permet concentrar els esforços i les intervencions sanitàries amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'assistència i l'eficiència en la utilització dels recursos terapèutics disponibles. Les residències socials per a gent gran es mostren com a elements fonamentals per donar una resposta adequada a les necessitats sanitàries i socials d'aquest grup de població.

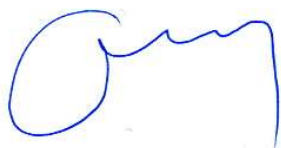
Tenint en compte aquestes consideracions, i amb l'objectiu d'afavorir l'ús racional dels medicaments i els resultats de salut en aquest grup vulnerable de població, s'ha considerat necessari implementar estratègies de selecció basades en criteris d'eficàcia, seguretat i experiència d'ús i en altres factors com ara necessitat, adequació i eficiència, tenint en compte així mateix les característiques individuals de cada pacient i les patologies més prevalents.

En aquest sentit, es presenta un document de recomanacions per a l'abordatge terapèutic dels principals trastorns mentals dels pacients institucionalitzats en centres geriàtrics socials.

Aquestes recomanacions no pretenen ser una norma d'estricta compliment en la pràctica mèdica habitual, ja que aquesta està condicionada per les dades clíniques disponibles per a un determinat cas individual i està subjecta a canvis a mesura que avanci el coneixement científic. S'ha de considerar com una eina de consulta que serveixi d'orientació als professionals que treballen en l'atenció sanitària a les persones grans per a la presa de decisions en la selecció d'aquells recursos terapèutics que han demostrat eficàcia, seguretat i que presenten una millor relació benefici/risc d'acord amb esquemes terapèutics adequats.

Iniciem així un projecte de futur que tindrà continuïtat, amb la col·laboració de nous professionals, en l'abordatge de noves patologies així com en les actualitzacions periòdiques dels documents que es vagin consensuant.

Finalment, volem agrair a tots els professionals que han participat en aquest document la seva feina, dedicació i esforç personal en l'elaboració d'aquesta eina que pot ajudar a millorar la qualitat de l'assistència que es dona a la gent gran institucionalitzada, objectiu que ha guiat en tot moment aquest projecte.



Jaume Estany i Ricart  
Gerent

Assignació de funcions per Resolució SLT/3218/2009, de 6 de novembre, del Departament de Salut, (DOGC núm. 5510, de 20.11.2009)

## RELACIÓ DE PARTICIPANTS

Consol Almenar Monfort	Neuròloga. Àrea de Psicogeriatria. Hospital Benito Menni. Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús.
Salvador Altimir Losada	Geriatre. UFISS Hospital Germans Trias i Pujol. ICS.
Rafael Arguindegui i Pons	Metge de residència geriàtrica. Secció Col·legial de Metges de Residències Geriàtriques de Barcelona (COMB).
M. Estrella Barceló Colomer	Farmacòloga clínica. SAP Muntanya Barcelona. ICS.
Milagrosa Blanca Tamayo	Psiquiatra. Servei de Medicina. Hospital Municipal de Badalona. BSA, SA.
Irma Casas García	Epidemiòloga. Unitat de Medicina Preventiva. Hospital Germans Trias i Pujol. ICS.
Joan Costa Pagès	Farmacòleg clínic. Servei de Farmacologia Clínica. Hospital Germans Trias i Pujol. ICS.
Francisco Manzanares Brotons	Geriatre. Centre Sociosanitari Can Torras. Fundació Sant Francesc d'Assís.
Carles Pardo Gracia	Farmacèutic d'hospital. Servei de Farmàcia, Hospital General de Granollers.
Esther Parra Aresté	Geriatra. Unitat Geriàtrica. EAP Dreta de l'Eixample, SLP.
Jordi Peláez de Loño	Farmacèutic. Regió Sanitària Barcelona. CatSalut.
Ramon Ribera Montaña	Farmacèutic d'hospital. Servei de Farmàcia. Centres Assistencials Doctor Emili Mira. Diputació de Barcelona.
Sebastià Riu Subirana	Metge de residència geriàtrica. SRTiR Llars Mundet. Diputació de Barcelona.
Alfons Rodríguez Martínez	Psiquiatre. Centre Fòrum. IMAS.
Mercè Rodríguez Darriba	Farmacèutica. Regió Sanitària Barcelona. CatSalut.
Jaume Sellarès Sallas	Metge d'atenció primària. EAP Sardenya. SPL.
Antoni Sicras Mainar	Metge d'atenció primària. Badalona Serveis Assistencials, SA.

S'ha previst fer una reavaluació periòdica, amb caràcter bianual, del contingut d'aquest document. Es consideraran les noves evidències disponibles, la incorporació de nous fàrmacs i les modificacions de les indicacions establertes en les fitxes tècniques.

## INTRODUCCIÓ

Les persones grans presenten una prevalença més elevada de certes malalties cròniques i de malalties específiques de la vellesa que donen lloc a una pluripatologia complexa amb multiplicitat de tractaments associats i risc de desenvolupar problemes relacionats amb els medicaments (PRM), entre d'altres: efectes adversos i interaccions farmacològiques. A més, la farmacoteràpia planteja nombroses dificultats en aquest grup de població atès que la gent gran no respon als medicaments de la mateixa manera que els adults joves, tant a causa de les diferències farmacocinètiques i farmacodinàmiques com dels factors extrínsecs que afecten el compliment del tractament.

Els trastorns mentals són especialment rellevants en aquesta franja d'edat perquè presenten una prevalença alta (trastorns depressius, ansiosos, del son i demències) i per les característiques especials que manifesten en aquest grup de població (presentació clínica dels diferents trastorns, superposició de certes manifestacions psicopatològiques amb l'envelliment normal, factors psicosocials i abordatge terapèutic).

Els recursos terapèutics més emprats per a la resolució d'aquests problemes de salut són els psicofàrmacs, que constitueixen més del 50% dels recursos farmacològics consumits en centres residencials i un dels grups terapèutics més implicats en l'aparició de problemes relacionats amb els medicaments en aquest col·lectiu de pacients.

Aquest fet i la constatació d'una gran variabilitat en els patrons d'utilització d'aquests recursos per part dels professionals d'aquest àmbit assistencial han estat les principals consideracions a l'hora d'elaborar un conjunt de recomanacions adreçades a orientar els professionals sanitaris en la presa de decisions per a la resolució dels problemes de salut, recomanacions que incorporen, a més a més, criteris d'efectivitat i eficiència davant les diferents alternatives terapèutiques disponibles.

Els documents han estat elaborats inicialment per subgrups de treball específics, segons el tipus general de trastorn, i posteriorment s'han presentat al conjunt de professionals participants per a la discussió final dels aspectes controvertits i l'aprovació definitiva.

La metodologia de treball ha estat mixta, mitjançant l'abordatge inicial per patologia o trastorn, d'acord amb la classificació DSM-IV i destacant aspectes específics de cada trastorn (definició del problema de salut, epidemiologia, avaluació, diagnòstic, criteris de derivació i objectius terapèutics). Posteriorment s'han seleccionat les principals estratègies farmacològiques i no farmacològiques i s'ha inclòs un apartat final de consideracions generals sobre el tractament.

La selecció de les diferents alternatives terapèutiques s'ha fonamentat, d'una banda, en l'evidència científica disponible (escassa o pràcticament nul·la en població gran institucionalitzada), d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, conveniència, experiència d'ús i, finalment, cost/benefici i, de l'altra, en l'experiència clínica i el consens dels diferents professionals participants.

Cal remarcar que el fet que un fàrmac no tingui la indicació autoritzada fa que no s'hagi considerat en cap cas com de primera elecció, encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual. No s'han valorat aquelles alternatives farmacològiques que estan, o estaran properament, en fase de registre.

És evident que l'elecció final d'una alternativa terapèutica depèn en última instància de les característiques específiques de cada pacient, l'edat, les malalties concomitants, les possibles interaccions, els efectes secundaris, etc.

Les dosis considerades s'han establert en funció de la principal indicació clínica, tenint en compte el tipus de població a la qual es refereixen i fent especial esment a la necessitat d'ajustar les dosis en funció de la resposta obtinguda. En tots els casos cal iniciar els tractaments amb dosis baixes i arribar a les dosis mínimes eficaces abans de plantejar un canvi d'alternativa.

En l'apartat de presentació i normes d'administració es detallen, per a cada principi actiu seleccionat, les formes farmacèutiques alternatives per a aquells pacients que puguin presentar problemes de deglució i es recullen, d'altra banda, aspectes, consideracions específiques, normes i precaucions per a una correcta administració dels fàrmacs atès que en moltes ocasions no són tinguts en compte o són desconeguts per part del personal encarregat d'administrar la medicació, fet que pot suposar una disminució de l'efectivitat del fàrmac amb relació a l'esperada o un efecte tòxic que es podria haver evitat.

## CONSIDERACIONS GENERALS SOBRE EL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN LA GENT GRAN

El tractament farmacològic en persones grans és especialment delicat a causa de les peculiaritats que presenta aquest grup d'edat. La resposta als tractaments pot ser molt variable en funció del diferent grau d'envelliment i de les diferències inter i intraindividuals. L'envelliment, en general, comporta canvis rellevants en l'individu, tant des dels punts de vista psicosocial (pèrdua de memòria, solitud i disminució de la capacitat intel·lectual que impliquen menys adhesió als tractaments, alcoholisme, subnutrició, etc.) i epidemiològic (elevada comorbiditat que implica una polimediació important, amb més risc d'interaccions, alteració de la resposta terapèutica, increment de toxicitat...), com des del biològic o funcional (alteracions renals, hepàtiques, gastrointestinals, de l'SNC... que afecten la biodisponibilitat del fàrmac).

Aquest procés d'envelliment no es produeix de la mateixa manera ni a la mateixa velocitat en totes les persones, la qual cosa dificulta l'establiment, sense valoració prèvia, del moment en què es troba i que s'hagin d'individualitzar necessàriament els tractaments en aquest grup de pacients.

Davant la decisió d'instaurar un tractament a un pacient geriàtric cal tenir en compte els principals aspectes biològics o funcionals que, d'una forma o l'altra, podrien donar lloc a modificacions en la resposta d'un organisme envellit als tractaments farmacològics (annex I: Canvis biològics de l'envelliment i conseqüències).

D'altra banda, l'optimització del tractament farmacològic en ancians implica assolir un equilibri entre prescriure en excés (sobreprescripció) o per defecte (infraprescripció) els tractaments més beneficiosos. La prescripció adequada en persones d'edat avançada, que a més presenten una vulnerabilitat elevada i un deteriorament important de la seva qualitat de vida (síndrome de declivi, pacients de residències geriàtriques), implica necessàriament:

- El compliment d'uns principis generals d'actuació (annex II: Principis generals de prescripció en gent gran).
- L'aplicació d'indicadors de bona qualitat amb relació a la utilització dels medicaments (annex III: Criteris ACOVE-3Med).
- No utilitzar fàrmacs considerats inadequats en aquest grup poblacional (Annex IV: Criteris Beers actualitzats) o no utilitzar-los amb paràmetres de prescripció adequats (Annex V: STOPP/START).
- Tenir coneixement dels possibles efectes adversos, interaccions i consideracions específiques de cada fàrmac emprat (Annex VI: Taula de contraindicacions, efectes secundaris i interaccions dels psicofàrmacs seleccionats).

## ANNEX I

### Canvis biològics en l'envelliment i conseqüències

Envelliment diferencial d'un individu a l'altre i fins i tot, en un mateix individu, d'un òrgan a l'altre.

Modificacions de la composició de l'organisme.

Disminució de la capacitat d'homeòstasi interna i d'adaptació externa als canvis.

Disminució de la filtració glomerular i la funció tubular (reabsorció i capacitat de concentració) renal.

Augment de la sensibilitat als fàrmacs que actuen en l'esfera psíquica (ansiolítics, antidepressius i neuroleptics).

Augment de la mida de la pròstata per hiperplàsia nodular benigna, que es produeix en el 75% dels ancians.

Disminució de la sensibilitat del centre de la set i dels osmoreceptors, la qual cosa produeix tendència a la deshidratació.

Atenuació de la resposta immune, tant humoral com cel·lular.

Reducció de l'eficiència respiratòria a causa de la disminució de la capacitat vital, de la difusió de l'oxigen i de les reserves funcionals respiratòries.

Canvis morfològics (atròfia) i funcionals de l'aparell digestiu (disminució de la secreció i de la motilitat).

Degeneració i pèrdua de neurones i cèl·lules a l'orella interna; presbiacúsia.

Intolerància als hidrats de carboni amb l'edat.

Disminució de la massa hepàtica i del flux sanguini hepàtic.

Disminució del nombre i l'afinitat als receptors específics.

Variabilitat interindividual. No es pot utilitzar per sistema una posologia mitjana, en ocasions excessiva per a alguns i insuficient per a uns altres.

La distribució dels medicaments varia: augment en fàrmacs liposolubles i descens en hidrosolubles.

Alentiment de les respostes complexes que requereixen la coordinació entre diferents sistemes orgànics (equilibri hidroelectrolític, glucèmia, temperatura, tensió arterial...).

La vida mitjana d'eliminació d'un gran nombre de fàrmacs augmenta. Els fàrmacs potencialment nefrotòxics tenen més importància.

Es recomana començar sempre amb dosis inferiors a les recomanades en pacients més joves.

Els fàrmacs amb efectes anticolinèrgics poden dificultar la micció i agreujar la situació.

Hidratar el pacient constitueix la primera mesura que s'ha de prendre i la més eficaç. Cal tenir especial cura amb l'ús de diürètics.

Més freqüència d'infeccions, patologia autoimmunitària i malignitzacions en el ancià, tot i que no es pot considerar que aquest està immunodeprimit pel fet de ser gran.

Precaució especial amb l'ús de fàrmacs que deprimeixin el sistema nerviós central.

Tendència natural al restrenyiment.

Aguditza l'aïllament que sent la persona gran i li dificulta la comunicació amb l'entorn i també amb els professionals.

Adequació de les dietes.

Disminueix el metabolisme hepàtic d'alguns fàrmacs i n'augmenta la vida mitjana.

Individualització de la prescripció.

Tratado de Farmacia Hospitalaria. Geriátria. Cap. 8, tom II. SEFH. 2002.

## ANNEX II

### Principis generals de la prescripció en pacients ancians

(fonamentalment per a tractaments crònics que no necessiten una resposta terapèutica completa immediata)

#### 1 Aspectes bàsics:

Atès que en moltes ocasions els tractaments farmacològics s'administren durant períodes prolongats, o fins i tot durant tota la vida, cal que assegureu un diagnòstic precís, un objectiu terapèutic clar i que garantiu un seguiment acurat del pacient.

Considereu la patologia subjacent i les contraindicacions del pacient que heu de tractar per evitar medicacions inadequades.

Utilitzeu la presentació farmacèutica més idònia en termes d'eficàcia, però adaptada a les característiques de l'ancià i a les seves minusvalideses. En malalts polimedicats és important que simplifiqueu les pautes i afavoriu els preparats que facilitin el compliment del tractament. Abans d'introduir un nou fàrmac valoreu si altres medicaments poden ser retirats.

A causa de les característiques diferencials de l'ancià, tingueu precaució quan comenceu un tractament amb fàrmacs. Quan el tractament està indicat, heu de començar amb dosis baixes i augmentar-les gradualment en funció de com toleri el pacient el fàrmac, fins a assolir la dosi mínima eficaç. Ajusteu la dosi de fàrmac a cada persona concreta.

No comenceu el tractament amb dos fàrmacs al mateix temps.

#### 2 Abans de prescriure un nou medicament, determineu:

És necessari el medicament? Hi ha maneres no farmacològiques de tractar el trastorn? No assumiu que per a cada malaltia hi ha sempre un tractament farmacològic. En les ocasions en què hi hagi una alternativa no farmacològica, si és eficaç, utilitzeu-la inicialment (valueu-la inicialment com a primera elecció).

Quins són els objectius terapèutics de valoració i com s'avaluen?

Els riscos del fàrmac en compensen els beneficis? Davant la possibilitat que un tractament pugui ser beneficiós, però també pugui perjudicar al pacient ancià, avalueu sempre la relació benefici/risc; no considereu només la patologia, sinó també l'expectativa de vida i els beneficis i les amenaces que el tractament pot compondre per a aquesta. Recordeu, tanmateix, que l'edat no contraindica cap tractament potencialment beneficiós.

Esteu administrant un fàrmac per tractar els efectes adversos d'un altre?

Hi ha algun medicament que pugueu prescriure per tractar dos trastorns?

Hi ha possibles interaccions entre fàrmacs o entre fàrmac i malaltia?

Heu d'administrar el nou fàrmac en el mateix moment que administreu la resta de fàrmacs?

El pacient i el cuidador entenen per a què serveix el fàrmac, com i quan de temps l'ha de prendre, quan hauria de començar a fer efecte, els possibles efectes adversos i què s'ha de fer si es produeixen?

### 3 Com a mínim un cop l'any:

Demaneu al pacient que porti tots els medicaments (amb prescripció mèdica, sense recepta, suplementes i preparats fitoterapèutics) a la consulta; en cas de pacients nous, elaboreu una història farmacològica ben detallada.

Revaloreu, en períodes temporals raonables, si el fàrmac prescrit és eficaç o origina algun tipus de problema.

Per prescriure fàrmacs, determineu si les indicacions i les dosis del prospecte coincideixen amb les de la fitxa del pacient: pregunteu al pacient com pren cada fàrmac.

Pregunteu pels efectes secundaris del medicament.

Observeu si hi ha algú més que prescriu fàrmacs al pacient, quins són i quines indicacions tenen.

Busqueu fàrmacs amb efectes terapèutics, farmacològics o adversos duplicats.

Busqueu interaccions entre fàrmacs i entre fàrmac i malaltia.

Elimineu els fàrmacs innecessaris i, si cal, parleu amb els metges que els prescriuen.

Simplifiqueu el tractament farmacològic: procureu minimitzar el nombre de medicaments i les dosis diàries.

Reviseu qualsevol canvi amb el pacient i el cuidador i feu-lo constar per escrit.

Adaptat de Geriatrics-Review Syllabus, 6a edició. 2008.



# I. TRASTORNS DE L'ESTAT D'ÀNIM

## A-TRASTORNS AFECTIUS DEPRESSIUS

### PATOLOGIA I CLASSIFICACIÓ (SEGONS DSM-IV):

DEPRESSIÓ MAJOR (F32.X) episodi únic (F32.1) o repetitiu ( F32.2)

DEPRESSIÓ MENOR (F32.8 altres episodis depressius i F33.8 altres trastorns depressius recurrents)

DISTÍMIA (F34.1)

DEPRESSIÓ SECUNDÀRIA A MALALTIES SOMÀTIQUES (F06.3x)

DEPRESSIÓ INDUÏDA PER FÀRMACS (F1x.8)

DOL I DOL COMPLICAT (F43.1)

### DEFINICIONS

Un trastorn afectiu depressiu cursa amb una disminució de l'estat d'ànim del pacient i reducció de l'energia, el nivell d'activitat, els interessos, la concentració i la capacitat per gaudir de la vida quotidiana. Té una durada mínima de dues setmanes. En gent gran és freqüent que aquest quadre s'acompanyi de simptomatologia somàtica important (somatitzacions) i/o tendència a exagerar sofriments reals o imaginaris (hipocondria).

La depressió major és una forma clínicament greu en tota la simptomatologia, que es pot acompanyar de símptomes psicòtics (idees delirants de culpa, ruïna o hipocondria). Annex I

La depressió menor no compleix estrictament els criteris de la depressió major perquè no es presenten tots els símptomes o perquè aquests són menys intensos. Annex I

En la distímia la clínica és la mateixa però de menor intensitat i l'evolució és més prolongada, amb una durada mínima de dos anys.

La depressió secundària a malalties somàtiques apareix en el context de patologies diverses, com ara processos neoplàsics, malalties neurològiques, infeccioses, accidents vasculars cerebrals (AVC), demències, etc. A l'annex II s'adjunta una llista orientativa de les malalties que poden afavorir o agreujar la depressió.

Depressió induïda per fàrmacs. A l'annex III s'indiquen alguns dels fàrmacs que poden induir una depressió.

La depressió atípica és una forma de depressió que es manifesta fonamentalment per l'alteració en els patrons del son i l'alimentació. Es produeix més en dones, en pacients més joves i tendeix a associar-se a altres trastorns psiquiàtrics (trastorn de pànic, somatització o abús de substàncies).

El dol és un procés fisiològic que, en principi, no requereix tractament farmacològic, però que pot evolucionar cap a un estat patològic que es cronifica, anomenat dol complicat.

La depressió bipolar s'aborda a l'apartat B, en el qual es parla dels trastorns afectius bipolars.

## EPIDEMIOLOGIA

La depressió és la malaltia psiquiàtrica més freqüent en la gent gran. La prevalença en la població de més de 65 anys s'estableix entre l'1-2% per a la depressió major i el 10-20% per a les distímies, però es calcula que fins a un 30% de les persones més grans de 65 anys que viuen en comunitat poden presentar alguna vegada simptomatologia depressiva. Això corrobora l'opinió que la depressió en la gent gran està infradiagnosticada perquè aquestes persones expressen símptomes psiquiàtrics de forma somàtica amb més freqüència i són més reticents a reconèixer la simptomatologia.

Pel que fa a la depressió associada a ansietat, el 80% de pacients diagnosticats de depressió presenten símptomes d'ansietat i els pacients amb trastorns d'ansietat presenten símptomes depressius aïllats (50%) sense arribar a constituir una síndrome depressiva completa.

Malgrat que clàssicament la prevalença de la depressió és superior en dones en una proporció 2:1, en la gent gran s'igualava i s'arriba a invertir en els majors de 80 anys, on els homes tenen més vulnerabilitat. Altres factors associats són: l'estat civil, com ara divorci o separació conjugal, el nivell socioeconòmic baix, la manca de suport social, la presència d'esdeveniments vitals adversos i inesperats i els problemes de salut que causen incapacitat (cardiopaties, neoplàsies, accidents vasculars cerebrals).

En l'estudi EURODEP, en què van participar nou països europeus, entre els quals Espanya, també es van trobar taxes de prevalença entre el 8,8% i el 23,6%. L'estudi fet per Saz i col. l'any 1995 va obtenir xifres més baixes, amb una prevalença de la distímia de l'1,3% i del trastorn adaptatiu del 2,5%.

En població gran institucionalitzada, la prevalença augmenta de forma significativa i arriba al 15-20%. Concretament, el Programa Vida als Anys, l'any 1996, en una enquesta de valoració dels pacients socio-sanitaris de llarga estada, va detectar una prevalença del 18,7% dels ingressats.

D'altra banda, el 25% dels pacients grans amb malalties mèdiques agudes o cròniques pateixen una depressió associada, i el 20% dels pacients amb Alzheimer presenten clínica depressiva de diferent gravetat.

## AVALUACIÓ, DIAGNÒSTIC I CRITERIS DE DERIVACIÓ

### Clínica

La depressió en la gent gran tendeix a ser menys ideacional i més somàtica.

Un tret típic de la depressió, com és l'humor deprimat, pot ser menys prominent que altres símptomes somàtics, que es poden trobar presents en quasi el 65% de la gent gran amb depressió. La clínica es pot presentar en forma de trastorns de l'alimentació, ansietat, agressivitat, altres símptomes somàtics, deteriorament cognitiu i declivi funcional.

Claus de la depressió en el pacient gran:

- Queixes somàtiques.
- Sentiments de desesperació.
- Ansietat i inquietud.
- Disminució o absència de la sensació de plaer.
- Moviments alentits.
- Disminució en la cura i la higiene personal.

## Diagnòstic

La depressió clínicament significativa és més un espectre ampli de malalties que no una entitat patològica categorial.

El diagnòstic de depressió en gent gran continua sent, ara com ara, eminentment clínic. Els elements necessaris per fer-lo estan relacionats amb:

- 1 Valoració del quadre depressiu: forma de presentació, severitat, risc de suïcidi, repercussió funcional.
- 2 Antecedents mèdics – Història farmacològica – Consum / Abús de substàncies.
- 3 Exploració física general i neurològica (incloent avaluació cognitiva).
- 4 Exploracions complementaries bàsiques: hemograma complet, electròlits, funció hepàtica i renal, calci sèric, glicèmia, funció tiroïdal, vitamina B12, folats, serologia luètica i altres proves si la clínica ho aconsella (ECG, EEG, TAC o RMN).
- 5 Administració test de cribratge: es consideraran d'entrada per al cribratge, el GDS-5 ítems i el GDS-15 ítems (Escala de Depressió Geriàtrica Yesavage en les seves versions reduïdes de 5 i 15 ítems) i l'Escala de Cornell per ser utilitzada en cas de demència. (annex IV i V)

Els instruments de cribratge poden ser auto o heteroaplicables i es poden realitzar amb l'ajut del personal d'infermeria.

## Criteris de derivació

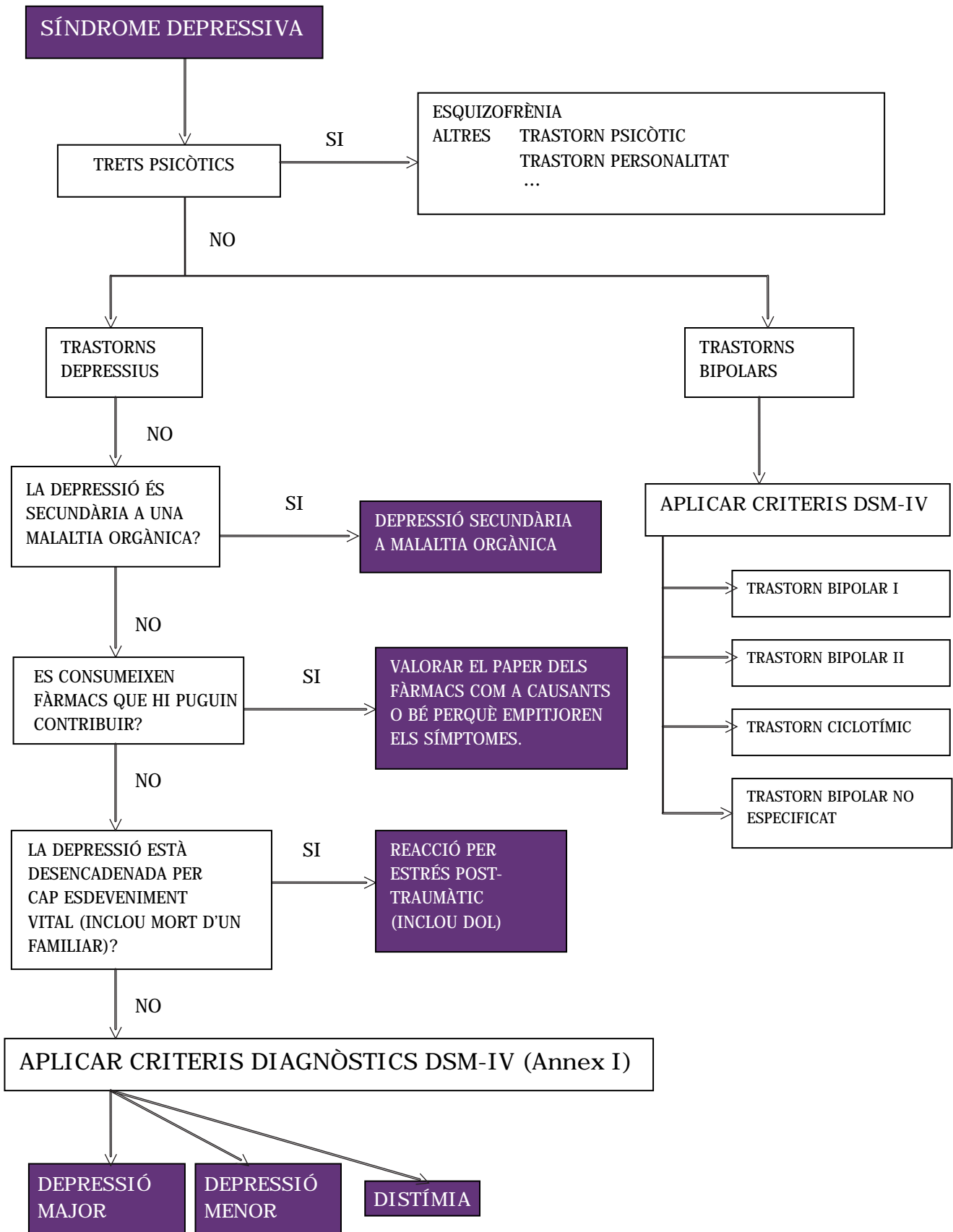
Els criteris de derivació comprenen:

- 1 Dificultats o dubtes en el diagnòstic o en el diagnòstic diferencial.
- 2 Greu intensitat dels símptomes.
- 3 Risc clar de suïcidi.
- 4 Intents autolítics previs.
- 5 Presència d'episodis previs de mania o característiques de bipolaritat o de depressió recurrent.
- 6 Presència d'ideació delirant.
- 7 Important comorbiditat física o psíquica.
- 8 Absència de resposta o resposta parcial després de 4-6 mesos de tractament adequat.
- 9 Valoració d'ingrés psiquiàtric, psicoteràpia o de tractament electroconvulsiu (TEC).
- 10 A petició del pacient.
- 11 Mala relació metge-pacient.

## Depressió associada a ansietat

Sembla que la presència d'un dels trastorns afavoreix l'aparició de l'altre (segons estudis de marcadors biològics) i aquesta comorbiditat comporta un pronòstic més dolent, amb més resistència als tractaments i més risc de suïcidi.

Les dues malalties comparteixen una sèrie de símptomes (irritabilitat, alteracions del son, trastorns alimentaris, fatiga, dificultat de concentració...), que fan que sigui important valorar si predomina el trastorn d'ansietat (amb símptomes de tensió nerviosa, tremolor, símptomes autonòmics, empitjorament en forma de crisis...) o bé el trastorn depressiu (amb símptomes com ara anhedonisme, anorèxia, plor, alentiment psicomotor, sentiment de solitud, pèrdua de pes, tendència a l'aïllament...) per tal de poder aplicar el tractament més adequat.



## OBJECTIUS TERAPÈUTICS

- 1) Millorar i superar els símptomes de la depressió.
- 2) Evitar les recaigudes i les recurrències.
- 3) Evitar el risc de suïcidi, atès que constitueix la complicació més greu que poden presentar aquests malalts. Per això és important la derivació urgent en cas de sospita.
- 4) Tractar la comorbiditat associada i altres factors que poden ser precipitants o que poden contribuir a l'aparició o el manteniment dels símptomes.
- 5) Millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut, afavorir la incorporació a les tasques habituals i normalitzar les relacions socials i familiars.

L'abordatge en la gent gran exigeix, més que mai, intervencions multidisciplinàries i una avaluació molt més acurada del diagnòstic i de les estratègies que s'han d'adoptar, juntament amb la implicació tant del pacient com de la família i els cuidadors habituals.

L'objectiu de la detecció i el tractament de la depressió en els pacients molt grans pretén, sobretot, una millora de la qualitat de vida relacionada amb la salut, en la qual la remissió dels símptomes depressius és un element clau, però no suficient.

## TRACTAMENT

L'abordatge de la depressió associada a malalties orgàniques, el dol complicat o la depressió major serà essencialment el mateix.

### Abordatge no farmacològic

S'han proposat algunes activitats de millora en el medi ambient residencial com a elements clau per a la prevenció i el tractament de la depressió de les persones grans. Així, tant els plans de formació dirigits a tots els professionals implicats en l'atenció al resident (auxiliars, personal d'infermeria, psicòlegs, fisioterapeutes, animadors, terapeutes ocupacionals...) com les accions que fomentin l'òptima coordinació entre tots ells poden produir resultats favorables en l'estat de salut i la qualitat de vida dels residents.

El paper del personal d'infermeria en aquest context ha de ser considerat de summa importància en el triple vessant de la detecció de la depressió en el vell, l'abordatge de la malaltia i la supervisió del tractament.

La psicoteràpia es recomana com a tractament de les depressions lleus-moderades o com a tractament associat al farmacològic en las depressions moderades-severes.

Sembla que les teràpies més ben contrastades en el tractament de la depressió en la gent gran són la teràpia interpersonal i la teràpia cognitiva. Això no obstant, algun estudi ha posat de manifest que en els ancians molt grans (més de 75 anys) la teràpia interpersonal no sembla aportar avantatges pel que fa a la qualitat de vida relacionada amb la salut quan s'ha comparat amb l'aplicació a altres ancians no tan grans (menys de 70 anys).

La teràpia electroconvulsiva (TEC) és útil en la depressió major refractària o quan no es tolera el tractament, encara que les evidències d'eficàcia són escasses en el vell amb depressió.

## Abordatge farmacològic

El tractament farmacològic continua sent, avui dia, la pedra angular de la teràpia antidepressiva. S'aconsella davant d'un trastorn depressiu moderat o sever, tant en els pacients grans, com en els molt grans (a partir de 76 anys).

El tractament antidepressiu no es recomana en el tractament d'inici de la depressió lleu, tret que hi hagi antecedents de depressió, no hi hagi resposta a tractaments no farmacològics o hi hagi una comorbiditat important.

En cas d'ansietat associada a depressió s'ha de prioritzar el tractament antidepressiu (preferiblement amb un perfil més sedant, amb fàrmacs com ara sertralina, paroxetina, citalopram...) ja que en la majoria de casos l'ansietat respon a aquest tractament.

La major part d'assaigs clínics s'han dut a terme en la depressió major moderada o severa i hi ha molt poca informació en altres indicacions. Per tant, el tractament s'ha d'individualitzar (depressió menor, distímia, dol).

Els diferents fàrmacs antidepressius no presenten diferències substancials respecte a l'eficàcia, tot i que les evidències en la gent gran i la gent molt gran són limitades. Els antidepressius tricíclics (ADT) clàssics semblen associar-se a un nombre més gran de retirades que els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS).

Els fàrmacs de primera elecció en el tractament de la depressió són els ISRS. En la gent gran els aconsellats d'entrada són la sertralina i el citalopram. No es recomanen els ISRS amb temps de semivida llarg (fluoxetina) ni els que produeixen més efectes anticolinèrgics i un risc superior de síndrome de deshabitació (paroxetina). Altres ISRS i la mirtazapina es consideren opcions raonables com a segona línia de tractament.

Els antidepressius tricíclics (ADT) es consideren fàrmacs de segona línia tant en l'adult com en la gent gran perquè presenten efectes indesitjats, sobretot els anticolinèrgics. S'han de reservar per a pacients amb depressions que no responen a ISRS o quan aquests no es poden utilitzar. Són preferibles les amines secundàries com la nortriptilina i s'han d'evitar les amines terciàries a causa de la toxicitat cardiovascular (amitriptilina, imipramina, clomipramina).

D'altres antidepressius relacionats amb els tricíclics, com la mianserina i la trazodona, han passat a ser fàrmacs de segona línia des de l'aparició dels ISRS. La trazodona s'utilitza molt com a coadjuvant en el tractament de la depressió perquè té efectes sedants.

La venlafaxina se situa com a fàrmac de segona línia ja que es considera que hauria de ser iniciada i supervisada per un especialista.

L'ús dels inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO) es limita a depressions severes i resistents al tractament, en les quals l'abordatge és assumit en unitats especialitzades o hospitalàries. Aquests fàrmacs requereixen un maneig escrupolós per evitar les interaccions amb fàrmacs i amb aliments rics en tiramina. Pel que fa a altres IMAO selectius, com la moclobemida, hi ha poca experiència d'ús i poques dades d'eficàcia i seguretat en el vell.

L'ús concomitant d'antidepressius pot precipitar una síndrome serotoninèrgica que és molt infreqüent però potencialment greu en la gent gran. També el poden produir, l'associació d' ISRS amb triptans, amb dextrometorfà o liti i amb petidina-meperidina. Caldrà tenir en compte que l'ús d'antidepressius pot afavorir l'aparició d'hiponatrèmia en aquests pacients, sobretot si s'associen amb diürètics.

La implementació de les dues formes de tractament (farmacològic juntament amb psicoteràpia), mostren els millors resultats tant pel que fa a la remissió dels símptomes com a la prevenció de les recurrències.

**TAULA DE SELECCIÓ I RECOMANACIONS D'ÚS DELS FÀRMACS (TRASTORN DE L'ESTAT D'ÀNIM)  
(les dosificacions estan adaptades a la gent gran)**

**Depressió major, depressió menor , distímia i dol**

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin.* / altres f.f.**	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoteràpia							En depressió lleu-moderada. Associada a fàrmacs en depressió moderada-greu.
ISRS							Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica.
Citalopram	Sí	10-20	20-40	40	Amb o sense aliments	Sí	Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu : 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorèxia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Sertralina	Sí	25	50-100	200	Al matí amb aliments. Solució oral	Sí	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
<b>2ª elecció</b>							
ISRS							Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica.
Escitalopram	Sí	5-10	10	20	Sol. oral		Estereoisòmer del citalopram. Dmàx. si insuficiència renal o hepàtica greu: 10 mg/d.
Fluoxetina	Sí	10-20	20-40	40	Al matí. Comp. bucodispersables i solució oral	Sí	Valorar altres ISRS per risc d'interaccions elevat: temps de semivida elevat de fluoxetina i norfluoxetina (metabòlit actiu). Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica: 40mg.
Fluvoxamina	Sí	50	100-200	300	Millor a la nit i amb aliments. No manipular	Sí	Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
Paroxetina	Sí	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Sí	Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
<b>ISRSiN:</b>							
Venlafaxina	Sí	75	75-150	300	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Sí	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodiàlisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
<b>Altres AD:</b>							
Mirtazapina	Sí	7.5-15	15-30	45	Abans d'anar a dormir. Gotes i Comp. Bucodispersables		Increment de dosis més gradual en ancians. Experiència d'ús en malalts amb demència i patologia afectiva i conductual associada.
<b>Altres</b>							
<b>Altres AD:</b>							
Duloxetina	Sí	30	30-60	60	Amb o sense aliments No manipular		Menor experiència d'ús. Poques dades en gent gran (evitar dosis altes) I. renal o hepàtica greu evitar.
Mianserina	Sí	30	30-60	90	Millor a la nit i sense mastegar		Augments més graduals. Reduir dosis si insuficiència renal o hepàtica.
Trazodona	Sí	50	75-150	150	Millor a la nit i amb aliments		Vigilar la hipotensió ortostàtica si no s'administra amb aliments. Indicat quan l'insomni sigui un símptoma predominant. La dosi d'inici hauria de ser de 25mg, però la presentació comercial no permet ajustar aquesta dosi.
<b>ADT:</b>							
Nortriptilina	Sí	10-25	75	100	Millor a la nit i amb aliments		Inici i supressió esglaonada del tractament. Supervisió estreta. Evitar si i. Hepàtica greu.
<b>No recomanats</b>							
Amitriptilina Moclobemida Reboxetina							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de Formes Retard i/o Cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estan properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

### Inici de tractament

La presència de clínica de més de 15 dies d'evolució i la repercussió del quadre en el dia a dia del pacient poden ser elements suficients per iniciar un abordatge terapèutic.

La resposta al tractament és molt més efectiva si s'instaura quan comencen els primers símptomes de la malaltia.

### Inici de resposta i durada de tractament

Una metaanàlisi recent de 47 assaigs clínics (Kennedy et al. 2006) descriu que la major part de l'efecte antidepressiu s'observa en les dues primeres setmanes de tractament. La falta de resposta al tractament amb un fàrmac determinat en aquestes primeres setmanes és un factor que indica un pronòstic de mala evolució clínica. Tot i això, es recomana esperar entre la quarta i la sisena setmana per valorar la resposta, tenint present que aquesta pot ser menys evident en la gent gran. Si al cap de sis setmanes hi ha una resposta parcial, es continua el tractament durant sis setmanes més.

S'aconsella que el tractament d'un primer episodi depressiu en un individu més gran de 65 anys es mantingui un mínim de 10-12 mesos o almenys durant 10 mesos des de la desaparició dels símptomes.

En cas que aparegui un segon episodi depressiu en els tres anys següents, els experts i les guies terapèutiques recomanen un tractament mínim de tres anys.

En cas de recurrències continuades en un període de 3-5 anys o davant d'una resposta terapèutica prèvia incompleta, parcial o molt diferida en el temps, s'aconsella, després d'una discussió oberta amb el pacient i/o els familiars o cuidadors, un tractament de manteniment indefinit.

### Seguiment

Es recomana un seguiment acurat en les primeres setmanes del tractament, ja que més del 40% dels pacients tendeixen a abandonar la medicació durant les dues primeres setmanes i més del 70% durant les quatre setmanes inicials. El seguiment ha de ser més acurat si hi ha molta comorbiditat, la depressió és severa i hi ha risc de suïcidi.

Posteriorment es recomanen visites mensuals en els primers 6-12 mesos després de la remissió i continuar amb visites trimestrals després del primer any de remissió.

## ANNEX I

### CRITERIS DSM-IV PER L'EPISODI DEPRESSIU MAJOR

A Presència de cinc (o més) dels següents símptomes durant un període de dues setmanes, que representen un canvi respecte a l'activitat prèvia; un dels símptomes ha de ser un estat d'ànim depressiu o dos, pèrdua d'interès o de la capacitat pel plaer.

Nota: no s'inclouen els símptomes que són clarament deguts a malaltia mèdica o les idees delirants o al·lucinacions no congruents amb l'estat d'ànim.

- 1 Estat d'ànim depressiu la major part del dia.
- 2 Disminució d'interès o de la capacitat pel plaer.
- 3 Pèrdua important de pes sense fer règim o increment de pes (més del 5% del pes corporal en un mes).
- 4 Insomni o hipersòmia.
- 5 Agitació o alentiment psicomotriu.
- 6 Fatiga.
- 7 Sentiments de desesperació o culpa.
- 8 Dificultats per concentrar-se.
- 9 Pensaments reiteratius de mort o suïcidi.

En la depressió menor només n'hi ha 2 d'aquests símptomes.

B Els símptomes no compleixen els criteris per a un episodi mixt.

C Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

D Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (per exemple una droga, un medicament) o una malaltia mèdica (per exemple hipotiroidisme).

E Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol (per exemple després de la pèrdua d'un ésser estimat), els símptomes persisteixen durant més de dos mesos o es caracteritzen per una acusada incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

American Psychiatric Association. Criteris diagnòstics DSM-IV-TR. Barcelona: Mason; 1994.

## ANNEX II

### CAUSES ORGÀNIQUES QUE PODEN INDUIR DEPRESSIÓ (l·listat orientatiu)

Infeccions: per VIH, brucel·losi, encefalitis, hepatitis, herpes zòster.

Malalties endocrinològiques: hipotiroidisme, hipertiroïdisme, hipoparatiroidisme, hiperparatiroidisme, malaltia de Cushing, malaltia d'Addison, diabetis mellitus, hiperprolactinèmia.

Neoplàsies: leucèmies, limfomes, càncer de pàncrees, càncer de pulmó.

Malalties neurològiques: demència (Alzheimer, cossos de Lewy, vascular), malaltia de Parkinson, malaltia de Huntington, malaltia cerebrovascular, epilèpsia, esclerosi múltiple.

Malalties cardiovasculars: infart agut de miocardi, cardiomiopatia.

Malalties metabòliques : dèficit de vitamina B12, malnutrició.

Altres: càncer, síndrome de fatiga crònica, polimiàlgia.

Adaptat de The Merck Manual of Geriatrics. 3rd Edition. Updated online. Merck & Co. 2000-2006.

## ANNEX III

### FÀRMACS I SUBSTÀNCIES QUE PODEN INDUIR DEPRESSIÓ

Antihipertensius: clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina, hidralazina.

Bloquejadors beta-adrenèrgics: propranolol.

Derivats hormonals: esteroides, estrògens, progesterona.

Antiparkinsonians.

Benzodiazepines.

Antihistamínic-H2: cimetidina, ranitidina.

Opioids: dextropropoxifèn.

Citostàtics: tamoxifèn, vinblastina, vincristina.

Alcohol.

Abstinència de cocaïna.

Adaptat de The Merck Manual of Geriatrics. 3rd Edition. Updated online. Merck & Co. 2000-2006.

## B-TRASTORNS AFECTIUS BIPOLARS

### PATOLOGIA I CLASSIFICACIÓ (SEGONS DSM-IV)

TRASTORN BIPOLAR I episodi maníac únic (F30.x)

episodi més recent hipomaníac (F31.0)

episodi més recent maníac o depressiu (F31.x)

episodi més recent mixta (F31.6)

TRASTORN BIPOLAR II (F31.8)

TRASTORN BIPOLAR NO ESPECIFICAT (F31.9)

TRASTORN CICLOTÍMIC (F34.0)

### DEFINICIONS

El trastorn bipolar és una malaltia mental greu difícil de controlar i amb una evolució probable vers la cronificació. D'acord amb els criteris establerts en el DSM-IV-TR, els pacients amb diagnòstic de trastorn bipolar es defineixen així quan hi ha presència d'un o més episodis maníacs o hipomaníacs, alternats o no amb episodis depressius majors.

Igual que altres trastorns mentals, el trastorn bipolar tampoc és uniforme i presenta diferents tipus:

Trastorn bipolar I: quan el pacient ha presentat en algun moment, com a mínim, un episodi maníac o mixt. S'ha d'especificar si l'episodi més recent ha estat de tipus maníac, hipomaníac, mixt, depressiu o no especificat (cap dels quatre anteriors). Tanmateix, un trastorn bipolar I es pot definir amb un únic episodi maníac sempre que no s'hagi diagnosticat cap episodi depressiu major.

Trastorn bipolar II: es caracteritza per l'existència de un o més episodis depressius majors amb algun episodi hipomaníac intercalat com a mínim. En aquest trastorn cap episodi compleix criteris d'episodi maníac o mixt.

Trastorn ciclotímic: es diagnostiquen així els pacients que presenten alteracions de l'estat d'ànim de tipus depressiu i hipomaníac, amb símptomes insuficients pel que fa al nombre, la durada o la gravetat per complir criteris d'episodi maníac i depressiu.

Trastorn bipolar no especificat: presència de símptomes maníacs però sense complir els criteris per ser catalogats com a trastorn bipolar I, II o ciclotímic. Quan no es compleixen els criteris de temps i durada dels episodis hipomaníacs depressius.

## EPIDEMIOLOGIA

La incidència de trastorn bipolar I (TB I) és aproximadament del 0,8% (0,4 a 1,6%) en la població adulta; el trastorn bipolar II (TB II) afecta aproximadament el 0,5% de la població. Mentre que el TB II és més freqüent en dones, el TB I afecta de forma similar homes i dones. Aquestes estimacions de prevalença es poden considerar conservadores a causa de les diferències en les definicions diagnòstiques i la inclusió de persones que estan englobades en l'espectre bipolar però que no compleixen els criteris diagnòstics DSM-IV-TR per als trastorns bipolars I i II.

Els trastorns bipolars són quadres que se solen presentar en l'adult jove. L'edat mitjana d'inici del TB se situa al voltant dels 21 anys i l'estrat d'edat de 15 a 19 anys és el més freqüent, seguit del de 20 a 24 anys. Les dades obtingudes en estudis epidemiològics suggereixen clarament que el trastorn bipolar és una malaltia amb antecedents familiars.

El trastorn bipolar no acostuma a debutar després dels 65 anys. La majoria de casos que s'observen a partir d'aquesta edat són evolucions d'un trastorn bipolar d'inici previ (prevalença entre el 0,1 i el 0,5%) i s'associen a un risc més elevat de suïcidi en aquest tram de població.

Només un 20% dels casos de trastorn bipolar s'inicien en persones més grans de 65 anys. Podrien correspondre a pacients no diagnosticats prèviament perquè només havien cursat amb episodis depressius i no amb episodis maníacs/hipomaniacs (imprescindibles per confirmar el diagnòstic de TB).

El trastorn bipolar representa entre el 5 i el 12% dels ingressos psiquiàtrics en ancians i comporta una elevada proporció de suïcidis.

## AVALUACIÓ, DIAGNÒSTIC I CRITERIS DE DERIVACIÓ

### Clínica

La mania és l'estat oposat a la depressió i es caracteritza per un ànim expansiu, eufòria, hiperactivitat, acceleració del pensament, verborrea, irritabilitat i conductes impulsives. En l'ancià poden aparèixer símptomes maniformes. L'ànim acostuma a ser disfòric i irritable, més que festiu o exaltat.

De vegades, el temps de latència entre el primer episodi maníac i el primer episodi depressiu pot ser molt llarg.

La presentació de formes mixtes, en les quals coexisteixen símptomes de depressió i de mania, també és freqüent en l'ancià, cosa que dificulta el diagnòstic. Hi predominen els símptomes psicòtics i una alta incidència de factors de risc vascular.

Algunes formes de presentació tardana del trastorn bipolar s'acompanyen de dèficits cognitius i proves de neuroimatge patològiques, amb lesions estructurals de substància blanca. En aquests casos la incidència familiar del trastorn bipolar és menor.

### Diagnòstic

L'aparició d'un episodi de mania/hipomania en persones majors de 65 anys ha de fer sospitar en primer terme una patologia orgànica (annex I); fonamentalment accidents cerebrovasculars o altres lesions de l'SNC o una mania secundària a fàrmacs (annex II).

L'existència de malalties orgàniques que cursen amb simptomatologia maníaca o depressiva fa necessària la implementació d'un diagnòstic diferencial que permeti descartar aquestes causes.

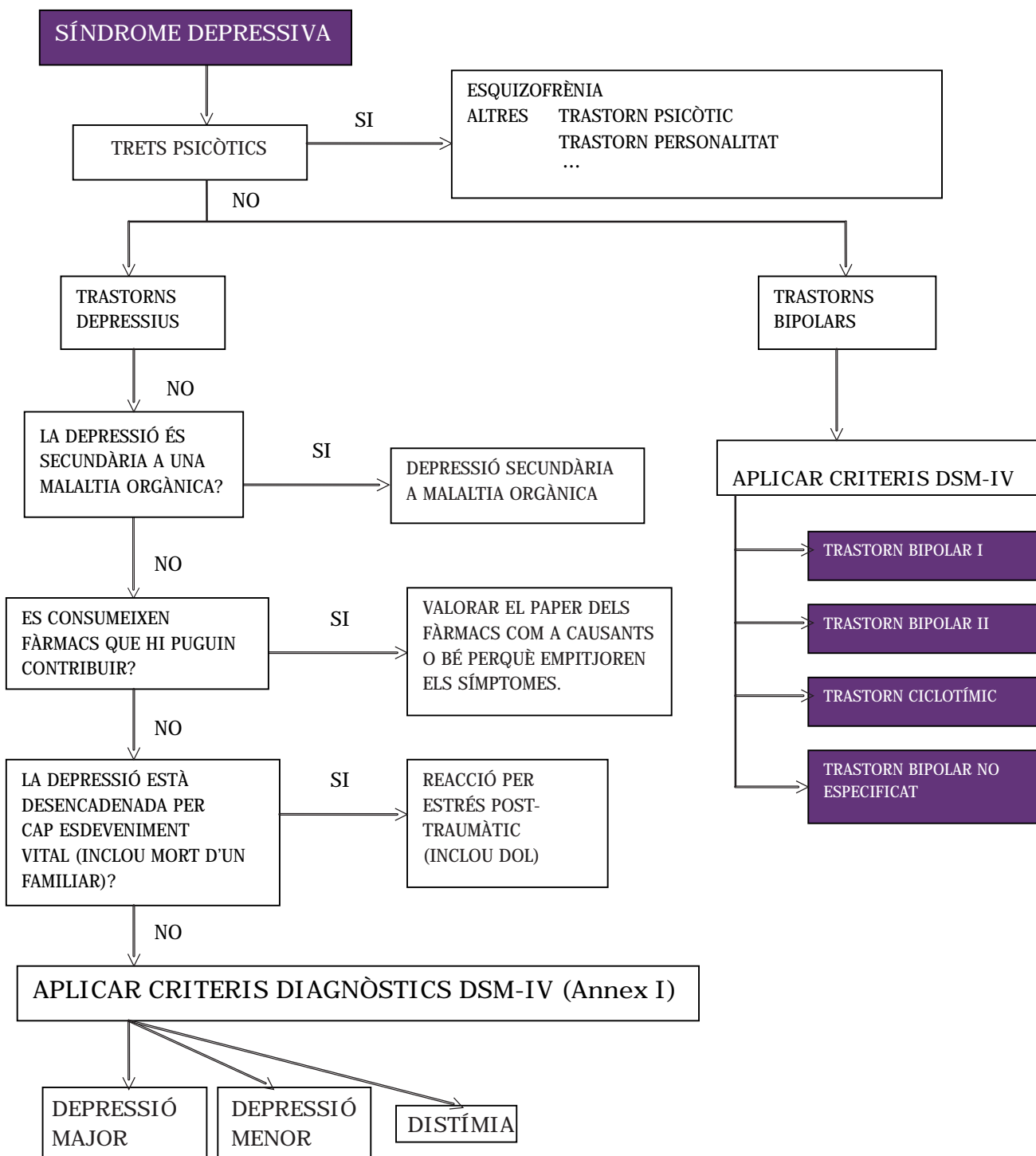
- Demanar les proves complementàries bàsiques, en funció de la prevalença associada a cadascuna de les patologies a descartar.
- Exploració física.
- Entrevista clínica amb el pacient i la seva família.
- Descartar que els símptomes no estiguin provocats per l'efecte d'un fàrmac o substància.
- Cal diferenciar-lo d'altres trastorns mentals, en particular de la depressió i l'esquizofrènia. Quan un trastorn bipolar debuta amb una fase depressiva, no es pot diagnosticar fins que aparegui una crisi maníaca, hipomaniaca o mixta i respecte a la esquizofrènia, alguns episodis psicòtics es poden confondre amb crisis maníacs i alguns estats d'inhibició poden tenir alguna semblança amb la simptomatologia depressiva.

- L'escala més utilitzada per diagnosticar i quantificar la gravetat d'un episodi hipomaniac / maniac és la escala de Young d'onze ítems (annex III). Els diagnòstics de trastorn bipolar I, II i trastorn ciclotímic depenen de que els pacients presentin episodis depressius majors, maniacs, mixtes o hipomaniacs.

### Críteris de derivació

El trastorn bipolar és sempre un trastorn a derivar a l'especialista per la seva gran dificultat en el maneig terapèutic i l'elevat risc de trastorn de conducta i de suïcidi.

## ABORDATGE DIAGNÒSTIC INICIAL DELS TRASTORN DE L'ESTAT D'ÀNIM



Consensuat pel grup de treball

## OBJECTIUS TERAPÈUTICS

- 1 Remissió dels episodis aguts (depressius o maníacs).
- 2 Evitar les recaigudes i les recurrències.
- 3 Evitar el suïcidi.
- 4 Tractar la comorbiditat associada i altres factors que poden ser precipitants o que poden contribuir a l'aparició o manteniment dels símptomes.
- 5 Millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut, afavorir la incorporació a les tasques habituals i normalitzar les relacions socials i familiars.

És imprescindible l'adhesió al tractament, tenint en compte que un cop fet el diagnòstic, el tractament és de per vida si no surten complicacions.

## TRACTAMENT

La majoria de les persones que presenten un trastorn bipolar tenen antecedents d'episodis a l'inici de la vida adulta i normalment reben un tractament crònic amb fàrmacs antimaniacs.

El metge de família o el geriatre ha de tenir en compte que el pacient afectat per un trastorn bipolar ha de prendre medicació que en molts casos interacciona amb altres tractaments o mesures dietètiques (diürètics, AINE, dietes hiposòdiques, etc).

En molts casos, aquests tractaments també requereixen controls físics i acurats dels pacients (funció renal, hepàtica i tiroïdal). Alguns dels estabilitzadors de l'ànim (liti, carbamazepina i àc. valproic) requereixen controls plasmàtics regulars que s'han de practicar de manera coordinada amb l'especialista.

Si es tracta d'un episodi maníac secundari a patologia somàtica o al consum d'alguna substància o fàrmac, el tractament consisteix en la retirada d'aquesta substància si és possible o en el tractament de la malaltia de base.

### Abordatge no farmacològic

L'abordatge terapèutic del trastorn bipolar és fonamentalment farmacològic, tot i que el suport psicoterapèutic complementari és efectiu. Entre els procediments psicoterapèutics que més s'utilitzen i que han demostrat millors resultats es troba la psicoeducació, sobretot per prevenir les recaigudes i afavorir el compliment del tractament, que acostuma a ser per a tota la vida. En aquest aspecte resulta fonamental el paper del metge de la residència.

Altres tractaments psicoterapèutics emprats són les tècniques cognitivoconductuals, les tècniques psicosocials, etc., amb resultats prometedors.

La teràpia electroconvulsiva (TEC) és molt eficaç per al tractament de la mania, amb taxes de resposta en ancians del 70%. És el tractament de primera línia per als pacients amb risc greu de suïcidi o alimentació insuficient potencialment mortal a causa de depressió major.

Els efectes secundaris del TEC són el principal factor que en limita l'acceptació.

### Abordatge farmacològic

El tractament farmacològic del trastorn bipolar en pacients d'edat avançada amb antecedents d'episodis al començament de la vida adulta tendeix a la cronificació.

L'abordatge ha de considerar els diferents episodis o fases de la malaltia i utilitzar en cada cas els fàrmacs que presenten més evidència científica. En la mania, el liti i altres estabilitzadors de l'estat d'ànim són els indicats.

En gent gran s'estan utilitzant antipsicòtics i anticonvulsivants de comercialització recent per a símptomes maníacs, tot i que no hi ha assaigs clínics controlats en aquest tipus de pacients.

## Episodi maníac agut o mixt

L'objectiu general és el control dels símptomes per tal de tornar als nivells normals de funcionament psicosocial. El control ràpid dels símptomes, tant de l'agitació com de l'agressivitat, és molt important per a la seguretat del pacient.

El tractament de primera elecció és el liti o l'àcid valproic més un antipsicòtic, entre els quals hi ha més experiència d'ús amb la risperidona i l'olanzapina. En episodis de menys intensitat pot ser suficient la monoteràpia amb liti, àcid valproic o un antipsicòtic. En pacients més greus o agitats es pot afegir al tractament una benzodiazepina durant un període de temps curt. La carbamazepina i l'oxcarbamazepina són fàrmacs alternatius als d'elecció (segona línia).

S'ha de reduir o suprimir la dosi d'antidepressiu sempre que sigui possible per tal d'evitar el risc d'exacerbació de l'episodi maníac o mixt.

Si amb el fàrmac d'elecció no es controlen els símptomes, i sempre després d'optimitzar les dosis, es pot afegir un altre fàrmac de primera línia, un de segona línia o bé un antipsicòtic si no està ja pautat.

## Episodi depressiu agut

La finalitat de l'abordatge de la depressió en un pacient amb trastorn bipolar ha de ser la mateixa que en el cas d'una depressió no bipolar (unipolar). L'objectiu principal és la remissió dels símptomes del trastorn depressiu major i un retorn als valors normals de funcionament psicosocial, així com evitar la precipitació d'un episodi maníac o hipomaniac.

El tractament farmacològic d'elecció és la instauració de liti o àcid valproic. Lamotrigina com a segona línia. Així com en el tractament de la depressió unipolar els ISRS s'han mostrat eficaços, en la depressió bipolar s'utilitzen associats als fàrmacs d'elecció (liti i àcid valproic) i mai com a monoteràpia pel risc de precipitar un viratge cap a la mania.

Si amb el fàrmac d'elecció no es controlen els símptomes, i sempre després d'optimitzar les dosis, se li pot afegir un fàrmac de segona línia (lamotrigina) o un antidepressiu (ISRS) amb precaució per evitar la precipitació d'un episodi maníac o hipomaniac. Aquest risc és més petit en pacients amb un trastorn bipolar II que en els que presenten un trastorn bipolar I. És per això que en el cas del trastorn bipolar II es pot instaurar el tractament antidepressiu més precoçment.

## Ciclació ràpida

Generalment és difícil de tractar. La intervenció inicial consisteix a identificar i tractar els factors mèdics que poden contribuir a la ciclació (hipotiroïdisme, alcohol, etc.), o retirar certs tractaments (antidepressius), en la mesura del possible. El tractament d'elecció és el liti o l'àcid valproic. La lamotrigina o la combinació d'aquests tractaments és una alternativa.

## Tractament de manteniment

Després de la remissió d'un episodi agut, els pacients continuen en risc de presentar una recaiguda durant sis mesos i requereixen la instauració d'un tractament de manteniment. A més de la prevenció de les recaigudes, la reducció dels símptomes subclínic i la disminució del risc de suïcidi, el tractament de manteniment pretén disminuir la freqüència dels cicles, augmentar l'estabilitat de l'estat d'ànim i millorar el funcionament psicosocial.

El liti i àcid valproic són els fàrmacs d'elecció en la teràpia de manteniment i la lamotrigina, la carbamazepina o l'oxcarbamazepina són les possibles alternatives. Si cap d'aquests fàrmacs ha estat utilitzat per aconseguir la remissió de l'episodi depressiu o maníac més recent, s'ha de continuar administrant.

Quan es tracta un pacient amb ATP en un episodi agut s'ha de valorar la necessitat de continuar amb aquest fàrmac en la fase de manteniment. Si no és necessari per al control dels símptomes psicòtics, s'ha de retirar. Cal tenir en compte que no hi ha assaigs clínics controlats en pacients d'aquesta edat que demostrin més eficàcia que els fàrmacs d'elecció.

El trastorn bipolar, com s'ha dit al llarg del document, és sempre un trastorn a derivar a l'especialista per la seva gran complexitat. Es a dir, davant de qualsevol sospita d'inestabilitat del pacient, s'ha de derivar immediatament.

L'abordatge bàsic del trastorn bipolar és farmacològic. Això no obstant, quasi totes les fonts consultades recomanen suport psicoterapèutic complementari. Aquesta recomanació es basa en el curs crònic del procés i en el fet que, tot i que el tractament farmacològic en disminueix la severitat i millora la qualitat de vida del pacient, no satisfà totes les necessitats.

El tractament i el seguiment del trastorn bipolar els ha de portar a terme l'especialista per raó de la complexitat que presenten (inestabilitat del pacient, necessitat d'ajustar les dosis, analítiques periòdiques, etc.). El paper del metge de residència geriàtrica s'ha de centrar en el control de les possibles complicacions, garantir l'adhesió al tractament i detectar els signes precoços de recaiguda i les possibles interaccions medicamentoses.

Després de la remissió d'un procés agut és imprescindible que l'especialista instauri un tractament farmacològic de manteniment, en particular després d'un episodi maníac. Per tal que aquest sigui efectiu, ha de ser ben tolerat (els efectes terapèutics han de compensar els secundaris) i el pacient s'ha de comprometre a complir el tractament (garantit en residències geriàtriques).

Normalment el procés és crònic i pot requerir l'hospitalització del pacient en certs moments.

S'ha de mantenir el mateix fàrmac que ha permès al pacient superar l'episodi agut més recent, tant si ha estat depressiu com maníac. També s'ha de tenir en compte la possibilitat del tractament amb TEC si ha estat efectiu anteriorment.

A causa de les característiques específiques de la gent gran institucionalitzada, amb disminució i/o alteració de les funcions renals i hepàtiques i la comorbiditat existent, es recomana iniciar els tractaments amb dosis inferiors a les de l'adult jove i incrementar-les o no en funció de la resposta. S'han de controlar en tot moment els nivells plasmàtics, els efectes indesitjables i les interaccions.

## ANNEX I

### CAUSES ORGÀNIQUES QUE PODEN CURSAR AMB SIMPTOMATOLOGIA MANÍAC O DEPRESSIVA (l·listat orientatiu)

#### Malalties neurològiques

- Corea de Huntington.
- Malaltia de Wilson.
- Neoplàsies cerebrals.
- Esclerosi múltiple.
- Accidents cerebrovasculars.
- Epilèpsia del lòbul temporal.

#### Altres processos mèdics

- Malaltia de Addison.
- Malaltia de Cushing.
- Hipertiroidisme.
- Síndrome de Klinefelter.
- Urèmia i hemodiàlisi.
- Demència dialítica.
- Síndrome carcinoide.
- Pelagra.
- Deficiència de vitamina B12.
- Lupus eritematós sistèmic.

Adaptat de les Guies para Consulta en Atenció Primària. 3<sup>a</sup> Edició. Casiterides, S.L. 2008.

## ANNEX II

### FÀRMACS I SUBSTÀNCIES QUE PODEN INDUIR MANIA SECUNDARIA

#### Fàrmacs

- Antidepressius.
- Anticolinèrgics.
- Beta estimulants.
- Baclofè.
- Bromocriptina.
- Cimetidina.
- Opiacis.
- Salicilats.
- Digital.
- Teofil·lina.
- Levodopa.
- Isoniazida.
- Hidralazina.
- Disulfiram.

#### Estimulants del SNC (legals o il·legals):

- Alcohol.
- Cocaïna.
- Amfetamines.
- Cànnabis i altres al·lucinògens.
- Metilfenidat.

Adaptat de les Guies para Consulta en Atenció Primària. 3<sup>a</sup> Edició. Casiterides, S.L. 2008.



## II. TRASTORNS D'ANSIETAT

### PATOLOGIA I CLASSIFICACIÓ (SEGONS DSM-IV)

CRISI D'ANGOIXA AMB I SENSE AGORAFÒBIA (F40.01 i F41.0 )

AGORAFÒBIA SENSE HISTÒRIA DE CRISI D'ANGOIXA (F40.00)

FÒBIA SIMPLE O ESPECÍFICA (F40.2)

FÒBIA SOCIAL (F40.1)

TRASTORN OBSESSIVOCOMPULSIU (TOC) (F42.8)

TRASTORN PER ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC (F43.1)

TRASTORN PER ESTRÈS AGUT (F43.0)

TRASTORN D'ANSIETAT GENERALITZADA (TAG) (F41.1)

ALTRES TRASTORNS D'ANSIETAT

- Trastorn d'ansietat degut a malaltia mèdica (F06.4) (Annex I)
- Trastorn d'ansietat induït per substàncies (F1x.8) (Annex II)
- Trastorn d'ansietat no especificat ( F41.9)
- Trastorn adaptatiu ansiós (F43.28)

### DEFINICIONS

L'ansietat i l'angoixa són emocions que totes les persones experimenten durant la vida. Malgrat que són termes que s'utilitzen indistintament, l'ansietat fa referència al component psíquic i l'angoixa al component somàtic.

L'ansietat és una resposta emocional complexa, potencialment adaptativa i fenomenològicament pluridimensional, en què una percepció d'amenaça a l'organisme (més o menys definida) coexisteix amb una activació biològica adreçada a reaccionar davant d'aquesta percepció (Martín Santos i col., 2000).\*

La resposta es presenta mitjançant tres sistemes diferents: fisiològic (síntomes somàtics i vegetatius), cognitiu (pensaments, idees, creences) i conductual (afrontament o evitació).

Podem trobar resposta d'ansietat en situacions diferents, no necessàriament patològiques. Quan aquesta ansietat forma part d'un trastorn específic podem distingir els trastorns d'ansietat següents:

**Crisis d'angoixa:** són episodis recurrents de crisi que es caracteritzen per una sobtada descàrrega neurovegetativa amb sensació de mort que dura de 15 a 30 minuts. En principi, les crisis han de ser espontànies però es poden associar a circumstàncies fòbiques (habitualment relacionades amb el lloc o les circumstàncies presents en el moment de la primera crisi). Els pacients presenten amb freqüència dificultat respiratòria, sensació d'inestabilitat o mareig i/o por de caure.

\* (Afectividad y emociones: ansiedad y angustia. A Tratado de psicopatología de Luque R. y Villagrain J.M., ed.; pàg. 147-165. Citat per Vallejo Ruiloba a Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6a edició. Elsevier Doyma, SL. Barcelona 2006, pàg. 206.).

Fòbia simple o específica: consisteix en una por persistent i irracional envers un objecte, una activitat o una situació que suposa una evitació d'aquest objecte, activitat o situació (no és específica ni diferent de la por de la població en general). Entre les més freqüents destaquen: por de sortir de casa, de restar sol al domicili, d'utilitzar el transport públic, dels espais tancats o petits, de diferents animals i dels procediments mèdics o quirúrgics.

Fòbia social: consisteix en la por persistent i important davant les situacions socials o les actuacions públiques. S'acompanya d'evitació activa d'aquestes situacions i d'una interferència important en la vida quotidiana.

Agorafòbia: es caracteritza per l'evitació fòbica de llocs i presenta una sèrie de símptomes similars als de la crisi d'angoixa, però sense haver-la patit mai (el malalt gran evita sortir de casa). Bàsicament el malalt té por de la incapacitat que li produiria la crisi. La CIE-10, a més, demana que l'evitació sigui, com a mínim, de dos d'aquests llocs: aglomeracions, llocs públics, viatjar sol o marxar de casa, i la presència simultània de dos símptomes d'ansietat.

Trastorn obsessivocompulsiu (TOC): és un trastorn d'ansietat que presenta obsessions o compulsions recurrents suficientment greus per originar malestar significatiu o interferència amb la rutina diària.

Obsessions: pensaments, impulsos o imatges recurrents que s'experimenten de manera intrusiva.

Compulsions: comportaments de tipus ritual (o també, actes mentals) que es fan en resposta a una obsessió o segons unes regles fixes. Busquen prevenir un malestar o una situació temuda. Habitualment hi ha una certa consciència que és una cosa excessiva o poc realista.

Trastorn per estrès posttraumàtic: apareix després de l'exposició a un esdeveniment estressant i molt traumàtic (amb perill vital o amenaça física). Una característica important del trastorn per estrès posttraumàtic és la reexperimentació del trauma (amb records intrusius o amb somnis) i l'evitació d'estímuls associats al trauma; tots els símptomes duren més d'un mes.

Trastorn d'ansietat generalitzat (TAG): és un estat permanent d'angoixa de curs fluctuant. Els símptomes fonamentals són derivats de la tensió motora i la hiperactivitat autonòmica. Els trastorns d'inici tardà tenen peculiaritats de presentació: no presenten preocupació "descontrolada", més aviat hi ha sensació de tensió, humor ansiós i símptomes somàtics. De vegades, l'ansietat coexisteix amb depressió o demència.

En altres trastorns s'inclouen els trastorns amb símptomes d'ansietat prominents o amb evitació fòbica que no compleixen els criteris anteriors. També es consideren les situacions clíniques amb ansietat relacionades amb d'altres malalties o consum de substàncies. Finalment, recullen els trastorns d'adaptació a un factor estressant amb una presentació clínica bàsicament ansiosa.

Pel que fa als trastorns d'ansietat associats a depressió, vegeu l'apartat corresponent al document de depressió.

## EPIDEMIOLOGIA

Els trastorns d'ansietat són les malalties mentals més prevalents, però moltes vegades són infradiagnosticades i, per tant, infratractades. Quan parlem d'epidemiologia psiquiàtrica en el pacient geriàtric hem de precisar que no hi ha cap sistema de classificació que consideri les especificitats d'aquest grup d'edat.

D'altra banda, hi ha pocs estudis epidemiològics d'ansietat en malalts institucionalitzats i no se n'ha trobat cap en el nostre entorn. Alguns estudis epidemiològics han posat de manifest que la prevalença dels trastorns d'ansietat és més petita en la gent gran que en els adults joves, però els estudis més recents mostren xifres superiors. Aquests trastorns en la gent gran es poden presentar en forma de somatitzacions, de manera que és més difícil identificar-los.

L'estudi ECA (National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area), fet als EUA i que va incloure malalts institucionalitzats, mostra una prevalença de trastorns d'ansietat en població de més de 65 anys del 5,5%, on el diagnòstic més freqüent va ser el de fòbia, amb un 4,8%.

En la revisió feta per Flint i col. l'any 1994, la prevalença general dels trastorns d'ansietat en majors de 60 anys es va situar entre el 0,7 i el 18,6% (segurament per diversitat metodològica en els diferents estudis revisats). Els trastorns més freqüents en la gent gran van ser les fòbies i el trastorn d'ansietat generalitzada, mentre que la prevalença de trastorns de pànic va ser baixa.

En l'estudi més ampli portat a terme per Beekman i col. l'any 2000 es va trobar una prevalença de trastorns d'ansietat del 10,2% en persones de més de 65 anys. En aquest estudi també es va corroborar l'associació amb els factors clàssics de vulnerabilitat com ara sexe femení, baix nivell educatiu, viure sol, malaltia crònica concomitant i limitació funcional.

Al nostre entorn, l'estudi de Lobo i Saz mostra unes xifres de prevalença del 0,7% per als trastorns obsessius, 1,8% per a la hipocondria, 0,1% per a la fòbia i 2,4% per a l'ansietat en general. Es van obtenir resultats similars en l'estudi ESEMeD-España, amb prevalences per a qualsevol trastorn d'ansietat en població de més de 65 anys del 3,9% (interval de confiança de 2,8 a 5,0%).

Una altra característica que cal destacar-ne és l'associació a la demència i la depressió. De fet, fins al 80% dels malalts amb diagnòstic primari de depressió tenen nivells alts d'ansietat i al voltant del 50% dels pacients diagnosticats d'ansietat generalitzada també presenten una síndrome depressiva. D'altra banda, fins al 35% dels malalts amb demència presenten símptomes d'ansietat.

## AVALUACIÓ, DIAGNÒSTIC I CRITERIS DE DERIVACIÓ

### Clínica

Els trastorns d'ansietat són un motiu de consulta freqüent en la gent gran. Sovint apareixen sense alteracions neuròtiques de la personalitat, tot i que la majoria d'aquests trastorns comencen en la joventut i tenen un curs crònic fluctuant.

En l'àmbit psíquic trobem: neguit, inquietud amb sensació de malestar, irritabilitat i preocupació pel futur. El pacient interpreta les seves sensacions de forma hipocondríaca, dorm angoixat i millora si plora. Correlat somàtic: hiperreacció neurovegetativa (palpitacions, taquicàrdia, astènia, dispnea, mareig, opressió toràcica, àlgies, inestabilitat, cefalees, parestèsies o tremolors, sudoració, hipertensió o hipotensió, anorèxia o hiperfàgia, sequedat de boca, restrenyiment o diarrea, poliúria, distèrmies o trastorns sexuals).

Formes clíniques:

A. Paroxística: crisi d'angoixa (atacs de pànic) –TCA–. És la descàrrega sobtada neurovegetativa amb sensació de mort, que dura de 15 a 30 minuts. En principi ha de ser espontània, però es pot associar a circumstàncies fòbiques.

B. Estat permanent: trastorn d'ansietat generalitzada –TAG–. Estat permanent d'angoixa de curs fluctuant. S'hi pot afegir simptomatologia depressiva secundària. Els símptomes fonamentals són derivats de la tensió motora i la hiperactivitat autonòmica.

Els trastorns d'inici tardà tenen peculiaritats de presentació.

TAG: no presenten preocupació "descontrolada", més aviat sensació de tensió, humor ansiós i símptomes somàtics. De vegades, l'ansietat coexisteix amb depressió o demència.

L'agorafòbia sovint no es reconeix, s'emmascara amb la malaltia somàtica greu o es pren per una actitud normal per a l'edat.

L'ansietat en el pacient geriàtric té un gran impacte negatiu en el funcionament psicosocial i en l'evolució de les malalties cardíaques. És freqüent la presència d'ansietat juntament amb la por de caure, la incontinença d'orina, la sordesa, la hipertensió arterial i els problemes per dormir. Els malalts amb ansietat tenen més necessitat de suport social.

L'ansietat també s'ha associat a abús d'alcohol, trastorns cognitius, depressió (en aquest cas, augmenta el risc de suïcidi) i malalties somàtiques cròniques.

## Diagnòstic

El diagnòstic és bàsicament clínic (seguint els criteris diagnòstics establerts en les classificacions internacionals de malalties DSM-IV-TR i CIE-10). Ens podem ajudar amb algun test de cribratge com l'Escala de ansietat y depresi3n de Goldberg (EADG) (annex III) o Hospital anxiety and depression (HAD) (annex IV) tot i que no s3n específiques per a gent gran.

### - Crisi d'angoixa

Diagnòstic clínic. La similitud de les crisis d'angoixa amb una sèrie de malalties físiques ens obliga a fer un bon diagnòstic diferencial amb malalties respirat3ries i cardíaques, alteracions de la tiroide, inici o retirada de fàrmacs o consum de tòxics. Es pot fer servir l'escala PAS de pànic i agoraf3bia de Bandelow (annex V).

Si les crisis de pànic no es poden contenir ni tractar, o si hi ha risc autolesiu o heteroagressiu, poden requerir una derivaci3 urgent. S'han de derivar a l'especialista les crisis que no responen al tractament o si augmenta l'evitaci3 f3bica.

### - F3bia simple o específica

El diagnòstic és bàsicament clínic. Només és necessària la derivaci3 a l'especialista si les f3bies s3n molt greus i el malat vol (i pot) fer tractament psicol3gic.

### - F3bia social

El diagnòstic és bàsicament clínic. Ens podem ajudar amb algun test.

### - Agoraf3bia

El diagnòstic és bàsicament clínic. Es pot fer servir l'escala PAS de pànic i agoraf3bia de Banderlow (annex V).

### - Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)

El diagnòstic és bàsicament clínic. L'escala més utilitzada a les consultes psiquiàtriques és l'escala d'obsessions i compulsions de Yale-Brown (annex VI). És un trastorn de curs cr3nic amb oscil·lacions d'intensitat dels símptomes. Es deriva a l'especialista si hi ha dubtes diagnòstics o si les obsessions s3n molt greus i no queden ben controlades.

### - Trastorns per estrès agut i per estrès posttraumàtic

El diagnòstic és bàsicament clínic. Ens podem ajudar amb algun test per avaluar la gravetat del trastorn.

### - Trastorn d'ansietat generalitzat (TAG)

El diagnòstic és bàsicament clínic. Ens podem ajudar amb els tests de cribratge EADG o HAD. Els trastorns d'ansietat d'inici tardà s3n molt poc freqüents, cosa que obliga a fer un bon diagnòstic diferencial amb totes les malalties somàtiques i els fàrmacs que poden ocasionar símptomes semblants (incloent-hi altres trastorns psiquiàtrics, afeccions mèdiques no psiquiàtriques com ara hipertiroidisme o asma i el consum de substàncies) (annexos I i II ). El TAG s'ha de tractar a l'atenci3 primària. La derivaci3 a l'especialista es reserva per als casos resistents al tractament o quan hi ha dubtes de l'existència d'una demència inicial subjacent.

### - Altres trastorns d'ansietat

El diagnòstic es fa mitjançant la hist3ria clínic, investigant l'ús de substàncies, antecedents de malalties mèdiques, esdeveniments estressants en els mesos previs a l'aparici3 de la clínica i, quan cal, exploracions analítiques oportunes. És un diagnòstic d'exclusi3, quan no compleix els criteris dels altres trastorns d'ansietat, o bé si hi ha un factor estressant recent. En general no requereix derivaci3 a l'especialista.

## criteris de derivació

La decisió de derivar un malalt geriàtric amb ansietat a l'especialista no s'ha de prendre de forma ràpida excepte en situacions que suposin un risc imminent per a la vida del malalt o dels seus cuidadors. També s'hauria de descartar una ansietat secundària a una altre trastorn fent com a mínim una analítica general (amb determinació de TSH) i un ECG.

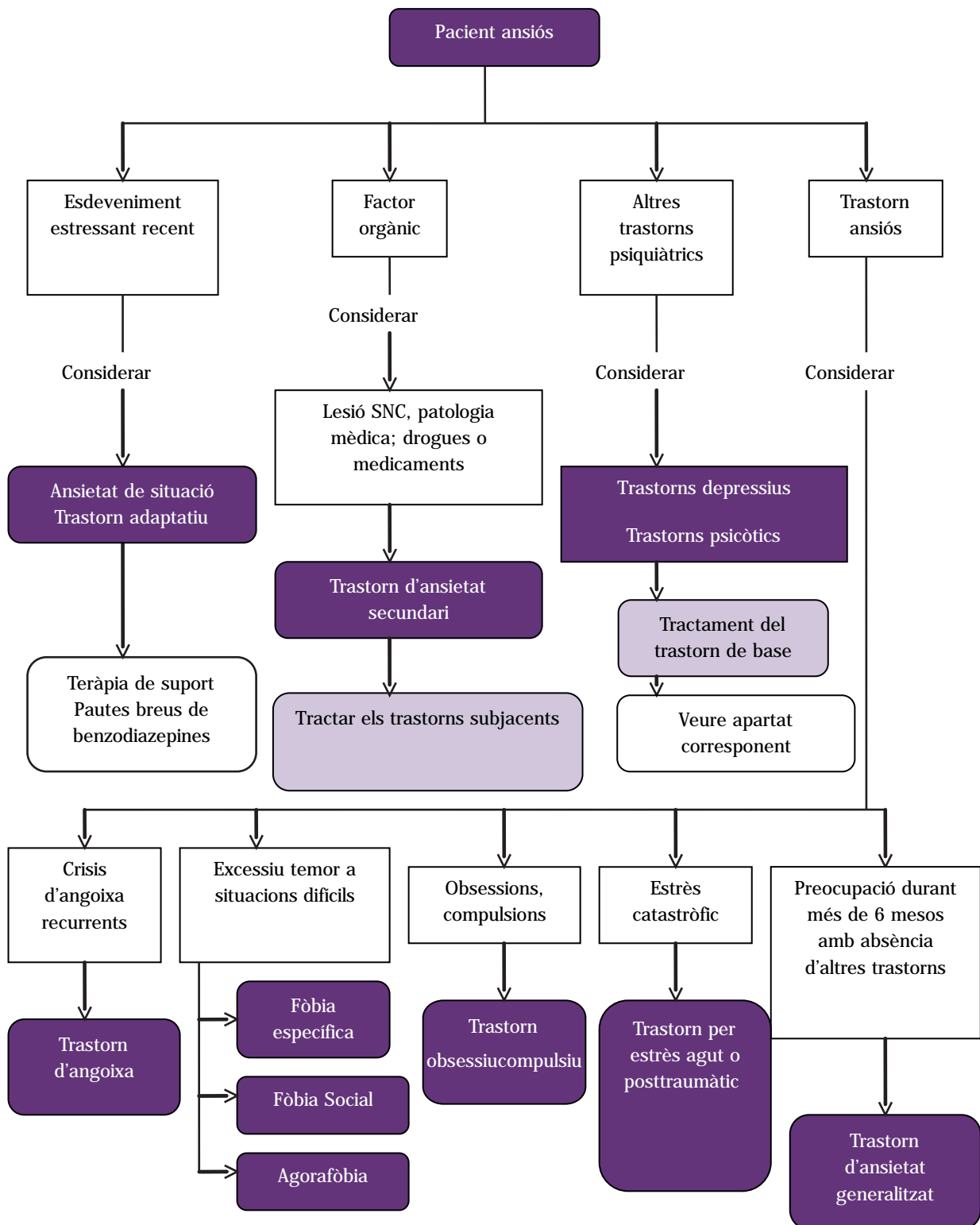
### Criteris de derivació urgent

- Si el trastorn d'ansietat és de gran intensitat i provoca una discapacitat important.
- Si hi ha risc de suïcidi elevat (sobretot en els casos associats a depressió) o de dany a terceres persones.

### Criteris de derivació no urgent

- Comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics greus.
- Trastorns fòbics u obsessius molt greus.
- Atacs de pànic que no responen al tractament.
- Si el metge de la residència té dubtes respecte al diagnòstic o el tractament a seguir.
- Si no hi ha resposta al tractament passats dos o tres mesos des de l'inici del tractament.
- Si el malalt expressa la voluntat de ser atès per un especialista, s'ha de valorar la possibilitat d'una interconsulta que augmenti la seva confiança i faciliti un seguiment conjunt posterior.
- Si es creu que el malalt es pot beneficiar d'una teràpia cognitivoconductual i no és possible fer-la al centre (manca de psicòloga o d'experiència per part d'aquesta).

## ALGORITME DIAGNÒSTIC



Adaptat de Guías para la consulta de atención primaria (Guías Fisterra).

## OBJECTIUS TERAPÈUTICS

- 1 Corregir o minimitzar els efectes de les malalties, els fàrmacs i les substàncies que poden causar o predisposar a una situació d'ansietat.
- 2 Reduir la freqüència, intensitat i durada del trastorn d'ansietat.
- 3 Reduir la conducta d'evitació, fugida o inhibició.
- 4 Facilitar l'adquisició d'habilitats d'afrontament en els diferents quadres d'ansietat.
- 5 Identificar i modificar la base cognitiva del trastorn (distorsions cognitives del pacient que el fan vulnerable).

## TRACTAMENT

L'alta prevalença de comorbiditat i la polimedicació compliquen el tractament dels trastorns d'ansietat en la població geriàtrica. Hi ha evidència de bona resposta a la psicoteràpia cognitiva adaptada i a la teràpia de suport per als diferents trastorns d'ansietat, així com tècniques de relaxació. També hi ha algun estudi que mostra la indicació de la teràpia de grup. Les fòbies simples o específiques tenen tractament psicològic (teràpia d'exposició).

Respecte a la teràpia farmacològica, hi ha estudis en població geriàtrica que assenyalen l'eficàcia dels ISRSiN, benzodiazepines i altres.

L'ús de benzodiazepines només es justifica com a tractament combinat amb psicoteràpia quan, per motius clínics, es fa necessària l'exposició a una situació fòbica (procediments dentals, realització d'una ressonància, etc.) i/o a l'inici del tractament amb antidepressius. La utilització no hauria de superar 6-8 setmanes de tractament.

Abordatge no farmacològic

- a) Tècniques de psicoeducació: consisteixen a donar informació al malalt i als familiars (o cuidadors) sobre els símptomes, l'evolució del trastorn, la resposta al tractament, etc. També es pot facilitar material d'autoajuda.
- b) *Counseling*: és un procés de suport emocional per possibilitar que les persones puguin resoldre els seus conflictes. El punt més important del *counseling* és l'elaboració dels sentiments. Regles bàsiques del *counseling* de suport emocional:
  - No jutgis.
  - Sigues empàtic.
  - No donis consells.
  - No preguntis mai per què...
  - No prenguis la responsabilitat del problema de l'altre.
  - No interpretis la situació de l'altre.
  - Concentració en el "aquí" i "l'ara".
  - Concentració en els sentiments i facilitar la verbalització dels conflictes.
- c) Psicoteràpia de conducta:
  - Tècniques d'exposició i prevenció de resposta.
  - Teràpia cognitivoconductual adreçada a tallar les cognicions catastròfiques i reestructuració cognitiva (es comença obtenint informació de situacions que porten conductes de temor o pànic; educació del malalt sobre models cognitivoconductuals, donar alternatives cognitives i estratègies per a situacions estressants). Tècniques d'exposició progressiva a les situacions evitades i afrontament de l'evitació (tractament bàsic de fòbies; l'exposició es pot fer amb situacions in vivo o reals o bé in vitro o de fantasia. Ambdues tècniques requereixen habitualment una exposició gradual durant períodes llargs). Tècniques de resolució de problemes.
  - Tècniques de relaxació muscular (són una adaptació de les tècniques de relaxació progressiva de Bernstein y Borkovec que consisteixen a fer exercicis de tensió i relaxació de diferents grups musculars distribuïts per tot el cos) i tècniques de respiració per reduir la hiperventilació secundària a l'ansietat.

## Abordatge farmacològic

Abans d'iniciar un tractament farmacològic d'un trastorn d'ansietat en gent gran cal valorar la relació benefici/risc del fàrmac que utilitzarem ateses les característiques farmacocinètiques i farmacodinàmiques pròpies d'aquest grup d'edat.

És molt important conèixer la història farmacològica, sense oblidar el consum d'alcohol, per prevenir les interaccions medicamentoses que es poden produir atesa l'alta prevalença de polifarmàcia entre els malalts institucionalitzats.

Si utilitzem una benzodiazepina (BZD), procurarem que sigui de temps de semivida curt i valorarem l'impacte sobre la capacitat cognitiva, la somnolència i la coordinació motora (risc de caigudes).

Si utilitzem un antidepressiu (ATD), procurarem que tingui les mínimes interaccions medicamentoses i efectes secundaris i que no tingui tendència a acumular-se (metabòlits actius).

En trastorns d'ansietat generalitzada, crisis d'angoixa (amb o sense agorafòbia) i ansietat per estrès posttraumàtic es pot iniciar un tractament combinat de BZD + ATD utilitzant la BZD com a tractament coadjuvant fins que es manifesti l'efecte de l'ATD (6-8 setmanes). La supressió de la BZD s'ha de fer de forma esglaonada per evitar la síndrome de retirada.

Com a norma general, s'ha de començar amb la meitat de dosi que en un adult i es va augmentant progressivament fins a aconseguir l'efecte terapèutic desitjat procurant evitar les infradosificacions.

Les millors respostes al tractament es donen quan es combina el tractament farmacològic amb alguna de les diferents psicoteràpies, per la qual cosa sempre que es pugui s'ha de fer algun tipus de tractament psicoterapèutic.

**TAULA DE SELECCIÓ I RECOMANACIONS D'ÚS DELS FÀRMACS (TRASTORNS D'ANSIETAT)  
(Les dosis estan adaptades a la gent gran)**

**Crisi d'angoixa (pànic) amb o sense agorafòbia**

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin.*/ altres f.f.**	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoeducació i psicoteràpia (TCC)							Requereix col·laboració del pacient.
<b>ISRS:</b>							
Citalopram	Si	10-20	20-40	40	Amb o sense aliments	Si	Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu : 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorexia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Escitalopram	Si	5-10	10-15	20	Solució oral		Estereoisòmer del citalopram. Dmàx. si insuficiència renal o hepàtica greu: 10 mg/d. Valorar alternatives més cost/efectives.
Paroxetina	Si	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Si	Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
Sertralina	Si	25	50-100	200	Al matí i amb aliments. Solució oral	Si	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
<b>BDZ:</b>							
Alprazolam	Si	0,25-0,5	0,75-1,5	4	Solució oral	Si	Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
Lorazepam	Si	0,5	0,5-3	3-4	Mitja hora abans d'anar a dormir	Si	Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
<b>2ª elecció</b>							
<b>ADT:</b>							
Clomipramina	Si	25	25-100	250	Millor a la nit		Efectes anticolinèrgics importants. Especial control clínic per la seva toxicitat cardiovascular.
Imipramina	Si	10-25	50-100	150			Efectes anticolinèrgics importants. Especial control clínic per la seva toxicitat cardiovascular.
<b>Altres</b>							
<b>ISRS:</b>							
Fluvoxamina		50	100-200	300	Millor a la nit amb aliments. No manipular	Si	Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
<b>ISRSiN:</b>							
Venlafaxina		75	75-150	225	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Si	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodialisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
<b>No recomanats</b>							
BZD temps semivida llarg Fluoxetina Propranolol							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## Trastorn d'ansietat generalitzada (TAG)

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin. * / altres f.f. **	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoteràpia (suport, tècniques counseling)							Requereix col·laboració del pacient.
<b>ISRS:</b>							
Escitalopram	Sí	5-10	10-15	20	Solució oral		Estereoisòmer del citalopram. Dmàx. si insuficiència renal o hepàtica greu: 10 mg/d. Valorar alternatives més cost/efectives.
Paroxetina	Sí	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Sí	Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
<b>BDZ:</b>							
Alprazolam	Sí	0,25-0,5	0,75-1,5	4	Solució oral	Sí	Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
<b>2ª elecció</b>							
<b>ISRS:</b>							
Citalopram		10-20	20-40	40	Amb o sense aliments	Sí	Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu : 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorèxia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Sertralina		25	50-100	200	Al matí i amb aliments. Solució oral	Sí	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
<b>ISRSiN:</b>							
Venlafaxina	Sí	75	75-150	225	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Sí	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodílisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
<b>Anticonvulsivants:</b>							
Pregabalina	Sí	75	75-150	300	Amb o sense aliments		Risc de caigudes per somnolència i mareig. Disminuïu dosis en insuficiència renal.
<b>Altres</b>							
<b>ADT:</b>							
Imipramina		10-25	25-100	150			Efectes anticolinèrgics importants. Especial co.ntrol clínic per la seva toxicitat cardiovascular.
<b>No recomanats</b>							
BZD temps semivida llarg Fluoxetina Propranolol							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin. * / altres f.f. **	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoteràpia (Tècniques exposició i prevenció de respostes)							
<b>ISRS:</b>							
Citalopram	Sí	10-20	20-40	40	Amb o sense aliments	Sí	Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu : 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorèxia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Paroxetina	Sí	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Sí	Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
Sertralina	Sí	25	50-100	200	Al matí i amb aliments. Solució oral	Sí	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
<b>2ª elecció</b>							
<b>ISRS:</b>							
Escitalopram		5-10	10-15	20	Solució oral		Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Estereoisòmer del citalopram. Dmàx. si insuficiència renal o hepàtica greu: 10 mg/d. Valorar alternatives més cost/efectives
Fluoxetina	Sí	10-20	20-40	60	Al matí. Comp. bucodispersables i solució oral.	Sí	Valorar altres ISRS per risc d'interaccions elevat: temps de semivida elevat de fluoxetina i norfluoxetina (metabòlit actiu). Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica: 40mg.
Fluvoxamina	Sí	50	100-200	300	Millor a la nit amb aliments. No manipular	Sí	Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
<b>Altres</b>							
<b>ADT:</b>							
Clomipramina	Sí	25	25-100	250	Millor a la nit i amb menjar		Efectes anticolinèrgics importants. Especial control clínic per la seva toxicitat cardiovascular.
<b>ISRSiN:</b>							
Venlafaxina		75	75-150	225	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Sí	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodialisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
<b>No recomanats</b>							
BZD temps semivida llarga							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran prou, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## Ansietat per estrès posttraumàtic (PTSD)

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin.*/ altres f.f.**	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoeducació i psicoteràpia (TCC)							Requereix col·laboració del pacient.
<b>ISRS:</b>							
Paroxetina	Si	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Si	Reducir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
Sertralina	Si	25	50-100	200	Al matí i amb aliments. Solució oral	Si	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
<b>2ª elecció</b>							
<b>BDZ:</b>							
Alprazolam		0,25-0,5	0,75-1,5	4	Solució oral	Si	Precaució en demències i síndromes confusionals agudes. Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
<b>Altres</b>							
<b>ISRS:</b>							
Fluvoxamina		50	100-200	300	Millor a la nit amb aliments. No manipular	Si	Reducir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
<b>ISRSiN:</b>							
Venlafaxina		75	75-150	225	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Si	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodialisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
<b>No recomanats</b>							
Monoteràpia amb BZD Fluoxetina							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## Fòbia social

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin.*/ altres f.f.**	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Psicoeducació i psicoteràpia (TCC)							Requereix col·laboració del pacient.
ISRS:							Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica.
Escitalopram	Sí	5-10	10-15	20	Solució oral		Estereoisòmer del citalopram. Dmàx. si insuficiència renal o hepàtica greu: 10 mg/d. Valorar alternatives més cost/efectives.
Paroxetina	Sí	10	20-40	40	A la nit. Formes amb coberta entèrica no manipular	Sí	Valorar altres ISRS per major potencial d'efectes anticolinèrgics i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si insuficiència renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia.
<b>2ª elecció</b>							
ISRS:							Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica.
Citalopram		10-20	20-40	40	Amb o sense aliments	Sí	Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu ; 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorexia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Fluvoxamina		50	100-200	300	Millor a la nit amb aliments. No manipular	Sí	Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
Sertralina		25	50-100	200	Al matí i amb aliments. Solució oral	Sí	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
ISRSiN:							
Venlafaxina	Sí	75	75-150	225	Amb el menjar. Formes retard no manipular	Sí	Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si insuficiència renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodialisi. Si Cl creatinina 10-50ml/min 75% de la dosi. Si <10ml/min 50%. Valorar formes retard. Indicat i controlat per especialista.
BDZ:							Precaució en demències i síndromes confusionals agudes.
Alprazolam	Sí	0,25-0,5	0,75-1,5	4	Solució oral	Sí	Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
Lorazepam	Sí	0,5	0,5-3	3-4	Mig hora abans d'anar a dormir	Sí	Tractament adjuvant. No més de 6-8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.
<b>No recomanats</b>							
BDZ temps semivida llarga Beta Bloquej. (propranolol) Fluoxetina							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## Fòbia específica - Agorafòbia

Altres trastorns: adaptatiu, secundari o no i específic

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima (mg/dia)	Pauta d'admin.*/altres f.f.**	EFG	Observacions
1ª elecció							
Psicoteràpia							Tractament de la causa de base que l'origina
BDZ:							Precaució en demències i síndromes confusionals agudes.
Alprazolam		0,25-0,5	0,75-1,5	4	Solució oral	Si	Tractament adjuvant. No més de 6- 8 setmanes. Reducció progressiva de dosis per evitar síndrome de retirada.

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de formes retard i/o cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

### Inici del tractament

És important fer un diagnòstic correcte de la malaltia per instaurar el tractament més adequat (vegeu taules de cada trastorn).

En l'elecció d'un psicofàrmac per iniciar un tractament s'han de considerar: el diagnòstic, els possibles efectes adversos, la patologia concomitant i si hi ha antecedents de bona resposta a un fàrmac concret.

Utilitzar dosis dins del rang terapèutic recomanat.

La dosi de manteniment ha de ser la dosi eficaç durant el tractament agut.

### Inici de resposta i durada del tractament

La resposta al tractament es determina mitjançant l'objectivació de la reducció de la intensitat i la durada del trastorn d'ansietat tractat.

Per mesurar la millora es poden utilitzar escales d'avaluació consensuades, però s'ha de tenir molta cura en la interpretació dels símptomes físics que poden estar relacionats tant amb el trastorn d'ansietat com amb malalties físiques que es donen freqüentment en aquest grup d'edat.

El tractament s'ha de mantenir 6-8 setmanes a dosis adequades (fins a 12 setmanes si es tracta d'un TOC). En el cas d'utilitzar BZD com a tractament coadjuvant, s'ha d'intentar retirar-les quan comença la resposta a l'antidepressiu.

Si no hi ha resposta o aquesta és incompleta, s'ha d'augmentar la dosi i mantenir-la 4-6 setmanes més.

Si no hi ha resposta, s'ha de valorar el canvi per un altre fàrmac (vegeu taules de selecció).

La durada del tractament amb antidepressius no ha de ser inferior a 12 mesos malgrat que hagi desaparegut tota la simptomatologia (TCA, TAG, TOC o en altres situacions es pot intentar una retirada precoç).

### Seguiment

En la gent gran en general, i en els trastorns d'ansietat en particular, és un problema molt important l'adherència al tractament a causa de problemes cognitius i a la por als efectes adversos (predisposició a somatitzar qualsevol manifestació que el malalt considera un efecte secundari).

Per assegurar aquesta adherència és convenient un control estricte del malalt durant les dues primeres setmanes amb visites freqüents, explicant-li qualsevol dubte que tingui amb la medicació. En residències és més fàcil monitorar el compliment terapèutic ja que la medicació és preparada per un professional (DUE) i es fa un registre de la presa de cada medicament.

Els pacients amb trastorns d'ansietat requereixen que se'ls dediqui temps. Per això les visites s'han de fer sense presses i en un entorn tranquil, cosa que es pot fer amb més facilitat a les residències que a l'atenció primària.

Com a pauta de seguiment s'hauria de fer una visita setmanal durant el primer mes, cada dues setmanes el segon i tercer mes i posteriorment un cop al mes fins que es decideixi acabar el tractament. Després dels tres primers mesos és convenient fer una avaluació de la resposta al tractament.

La retirada i els increments de dosis del fàrmac s'han de fer gradualment, durant períodes d'una setmana, per tal d'evitar efectes adversos.

## Retirada de BZD quan hi ha dependència

El consum prolongat de benzodiazepines (BDZ) pot produir dependència física, tot i que s'utilitzin dosis terapèutiques. Abans de retirar-les s'ha d'estabilitzar el malalt amb tractaments alternatius (ISRS o similar, vegeu taula per a cada trastorn).

Per alleugerir els símptomes de la retirada es poden fer diverses coses:

1. Substitució de la BDZ per una de semivida prolongada (per exemple, substituir alprazolam per clonacepam, cloracepat o diazepam).
2. Reducció progressiva de la dosi:
  - a. Disminuir-la un 50% els primers dies (15-20 dies).
  - b. Disminuir-la un 25% més lentament (3-4 setmanes).
  - c. Retirar el 25% restant encara més lentament (2-4 mesos).
3. En els casos més resistents es pot afegir un antidepressiu sedant (trazodona, mirtazapina).

## ANNEX I

### CAUSES ORGÀNIQUES QUE PODEN AGREUJAR O INDUIR SÍMPTOMES D'ANSIETAT

Endocrinològiques: hipo o hipertiroïdisme, hipoglucèmia, insuficiència suprarenal, hiperadrenocorticisme, feocromocitoma, menopausa...

Cardiovasculars: ICC, insuficiència coronària, TEP, arítmies, prolapse mitral...

Respiratòries: asma, MPOC, pneumònies, trastorns de ventilació...

Alteracions metabòliques: diabetis, porfíria, hipòxia, hipocàpnia, hipoglucèmia, hiperpotassèmia, hipercàpnia, hiponatrèmia...

Neurològiques: neoplàsia, encefalitis, disfunció vestibular, epilèpsia temporal, migranyes...

Intoxicacions: plom.

Hematològiques: anèmia, dèficit de vitamina B<sub>12</sub>...

Altres: infecció urinària, síndrome de fatiga crònica, càncer...

Adaptat de Guías para consulta en atención primaria. 3a edició. Casiterides, SL. 2008.

## ANNEX II

### FÀRMACS, PLANTES MEDICINALS O SUBSTÀNCIES QUE PODEN INDUIR ANSIETAT

El malalt geriàtric presenta molts símptomes relacionats amb els seus problemes físics i efectes secundaris per l'ús d'altres fàrmacs que poden dificultar el diagnòstic de l'ansietat. A més a més, hi ha un augment del consum de diferents productes d'herbolari que també poden donar lloc a una clínica ansiosa.

Sovint s'oblida interrogar sobre el consum d'altres substàncies considerades pròpies de gent més jove però molt esteses en la nostra població (alcohol o tabac) o directament considerades impròpies de gent gran (cocaïna o cànnabis). Tant el consum crònic com l'abstinència poden produir clínica ansiosa, per la qual cosa incloem un apartat genèric sobre totes les substàncies que cal considerar i no només fàrmacs.

#### 1. SUBSTÀNCIES QUE PODEN INDUIR ANSIETAT (DSM-IV)

Criteris per al diagnòstic d'F1x.8 Trastorn d'ansietat induït per substàncies...

A. Ansietat de caràcter prominent: les crisis d'angoixa o les obsessions o compulsions predominen en el quadre clínic.

B. A partir de la història clínica, l'exploració física o les proves de laboratori es demostra:

Els símptomes del criteri A apareixen durant la intoxicació, l'abstinència o el mes següent.

El consum del medicament està relacionat etiològicament amb l'alteració.

C. L'alteració no es pot explicar millor per la presència d'un trastorn d'ansietat no induït per substàncies. Entre les proves que demostren que els símptomes es poden atribuir més correctament a un trastorn d'ansietat no induït per substàncies s'han d'incloure les següents: l'aparició dels símptomes precedeix el consum de la substància (o medicament); els símptomes persisteixen durant un temps considerable (per exemple, un mes) després del final del període agut d'intoxicació o abstinència, o són clarament excessius en comparació amb els esperats considerant el tipus, la quantitat de substància consumida o la durada d'aquest consum; o hi ha altres proves que suggereixen l'existència d'un trastorn d'ansietat independent no induït per substàncies (per exemple, història d'episodis de caràcter recidivant no relacionats amb substàncies).

D. L'alteració no apareix exclusivament en el decurs d'un deliri.

E. L'alteració provoca un malestar clínicament significatiu o un deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

Nota: només s'ha de fer aquest diagnòstic en lloc del d'intoxicació o abstinència quan els símptomes d'ansietat són clarament excessius en comparació amb els que es poden esperar a causa d'una intoxicació o una abstinència quan són prou greus per merèixer atenció clínica independent.

Codi per al trastorn d'ansietat induït per (substància específica):

F10.8 Alcohol [291.8]

F15.8 Cafeïna [292.89]

F14.8 Cocaïna [292.89]

F13.8 Sedants, hipnòtics o ansiolítics [292.89]

F19.8 Altres substàncies (o desconegudes) [292.89]

Especifiqueu si:

Amb ansietat generalitzada: predominen ansietat o preocupació excessives, centrades en múltiples esdeveniments o activitats.

Amb crisi d'angoixa: predominen les crisis d'angoixa.

Amb símptomes obsessivocompulsius: predominen les obsessions o les compulsions.

Amb símptomes fòbics: predominen els símptomes de caràcter fòbic.

Especifiqueu si:

Inicialment durant la intoxicació: es compleixen criteris diagnòstics d'intoxicació per una substància i els símptomes apareixen durant la síndrome d'intoxicació.

Inicialment durant l'abstinència: es compleixen criteris diagnòstics de síndrome d'abstinència d'una substància i els símptomes apareixen durant l'abstinència o poc després d'aquesta.

## 2. LLISTA ORIENTATIVA DE FÀRMACS, PLANTES MEDICINALS I SUBSTÀNCIES QUE HAN ESTAT INCRIMINADES EN LA INDUCCIÓ DE TRASTORNS D'ANSIETAT

Agonistes adrenèrgics (beta): dobutamina, fenilpropanolamina.

AINE: indometacina.

Analgèsics opioides: tramadol, codeïna, remifentanil.

Andrògens i esteroides anabolitzants.

Amfetamines.

Antagonistes BZD i opiàcis: flumazenil i naltrexona.

Antagonistes dopaminèrgics: domperidona, cleboprida, amisulprida.

Anticolinèrgics.

Anticonvulsivants: carbamazepina, etosuximida, topiramata.

Antidepressius: ISRS, tricíclics.

Antihipertensius: antagonistes del calci, IECA (ramipril).

Antihistamínics: cimetidina, lansoprazol.

Antimicrobians: betalactàmics, cefalosporines, macròlids, levofloxacina, ofloxacina, Aciclovir. Antituberculosos (isoniazida).

Antiparkinsonians: dopamina, levodopa, entacapona.

Antipsicòtics: risperidona, olanzapina, clonidina, clozapina.

Antivirals: Efavirenz, didanosina, Zalcitabid.

Associacions: clonidina + naltrexona.

Benzodiazepines i hipnòtics: Zolpidem.

Broncodilatadors: teofil·lines, beta 2 agonistes.

Cannabinoides.

Corticosteroides.

Fitoteràpia: efedra, herba de Sant Joan (hipèric).

Hormona tiroïdals: tiroxina...

Inotròpics: adrenalina, noradrenalina.

Insulina en hipoglucèmies.

Intoxicació digitalica.

Trombolítics.

Altres: amrinona, enoximona, ivermectina, interferó beta, levamisole, mefloquina, mdma, pentagastrina, quinina, nalmefè, metirosina, bismut, cafeïna, citostàtics amb platí, mitjans de contrast iodat.

Aronson JK, ed. Meyler's Side Effects of Drugs. The International Encyclopedia of Adverse Drug Reactions and Interactions. 15a ed. Amsterdam: Elsevier BV. 2006. Canadian psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines: Management of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry. Jul 2006; vol 51 (8 Suppl 2); 9S-91S. Erratum in: Can J Psychiatry. 2006 Sep; 51(10):623.



### III. INSOMNI I ALTRES TRASTORNS ASSOCIATS

#### PATOLOGIA I CLASSIFICACIÓ (SEGONS DSM-IV)

INSOMNI PRIMARI (F51.0)

TRASTORN DEL SON RELACIONAT AMB LA RESPIRACIÓ (G.47.3)

INSOMNI RELACIONAT AMB TRASTORN MENTAL (F51.0)

INSOMNI SECUNDARI A MALALTIA MÈDICA (G47.x )

INSOMNI INDUÏT PER SUBSTÀNCIES (F1x.8)

#### INTRODUCCIÓ

Les alteracions del son en la gent gran tenen una gran prevalença, interferint notablement en la capacitat per realitzar amb normalitat les activitats diàries habituals; essent una raó habitual per la institucionalització d'aquests pacients.

Són diversos els factors que contribueixen al deteriorament del son amb l'edat: canvis fisiològics propis de l'envelliment, trastorns específics del son a aquestes edats i diverses situacions pròpies de l'ancianitat (malalties físiques i psiquiàtriques, problemes psicosocials, increment en l'ús d'hipnòtics i altres fàrmacs, etc.).

Com a trastorns del son podem diferenciar (veure algoritme):

Trastorns primaris engloba les disòmnies intrínseques o extrínseques, (quan hi ha una queixa d'insomni o somnolència diürna excessiva amb alteració de la quantitat i qualitat el son) i les parasòmnies (quan aquesta queixa no és excessiva i no presenta significació patològica rellevant).

Com a disòmnies intrínseques destaquen la síndrome de les cames inquietes: Trastorn neurològic caracteritzat per la necessitat de moure les cames (cursa amb cremor i formigueig que empitjora amb el descans i per tant amb la nit, essent el tractament és difícil i amb efectes variables) i la síndrome del moviment periòdic de les cames: que és tracta d'una situació repetitiva de rampes o sacsejades, generalment a les cames que es caracteritza perquè només apareix durant la son.

Com a disòmnies extrínseques cal destacar: les relacionades amb situacions emocionals puntuals (trastorn del son adaptatiu); les relacionades amb la tolerància i dependència de tractaments o drogues hipnòtiques, (trastorn hipnòtic dependent, trastorn del son alcohol dependent) i les relacionades amb l'alteració del ritme circadià que serien degudes a circumstàncies que, de forma involuntària, modifiquen l'horari habitual vigília/son.

Les parasòmnies es corresponen amb conductes atípiques que es produeixen durant el son i de les quals l'individu gairebé mai no és conscient. Comprenen el somnambulisme, els terrors nocturns, els malsons, els trastorn de conducta associats amb el REM, deambulacions nocturnes episòdiques, crisis epilèptiques nocturnes, etc.

Trastorns secundaris: són aquells que es deriven d'altres problemes neurològics, mentals o de diferents circumstàncies mèdiques (malalties mèdiques, ús de fàrmacs i d'altres substàncies): insomni secundari.

Per la seva prevalença en gent gran, en aquest document ens centrem en l'abordatge de l'insomni primari o secundari a malaltia mèdica, substàncies o trastorn mental i en la síndrome de l'apnea del son (SAS).

## DEFINICIONS

### INSOMNI

El concepte d'insomni inclou un símptoma que és la percepció subjectiva de quantitat insuficient de son o la percepció de no haver descansat prou després del període habitual de son, amb repercussió evident en el rendiment diürn, tant social com ocupacional.

### INSOMNI PRIMARI

Dificultat persistent en la iniciació i el manteniment del son, no relacionat amb un altre trastorn mental o factor orgànic conegut, o sensació de no haver tingut un son reparador.

### TRASTORN RELACIONAT AMB LA RESPIRACIÓ

La síndrome d'apnea del son (SAS) es caracteritza per un quadre de somnolència excessiva i trastorns neuropsiquiàtrics, cardiovasculars i respiratoris secundaris a episodis repetits d'obstrucció o col·lapse de la via aèria superior, que té lloc quan la persona afectada està dormint i que provoca dessaturacions constants de l'oxihemoglobina, despertars transitoris i un son fragmentat i poc reparador.

### INSOMNI RELACIONAT AMB TRASTORN MENTAL

És l'insomni que acompanya les malalties neurològiques (demències, Pàrkinson...) i psiquiàtriques (esquizofrènia, trastorns d'ansietat i de l'estat de l'ànim).

### INSOMNI SECUNDARI A MALALTIA MÈDICA

És l'insomni associat a malalties mèdiques amb irrupció de símptomes nocturns que cursen amb dolor, dispnea, tos, reflux gastroesofàgic, nictúria i malestar físic intens, que dificulten la conciliació del son o l'interrompen.

A l'annex I s'indiquen algunes de les malalties que poden afavorir o agreujar l'insomni.

### INSOMNI INDUÏT PER SUBSTÀNCIES

És l'insomni induït per la presa de substàncies i fàrmacs. A l'annex II s'indiquen els fàrmacs que poden induir insomni.

## EPIDEMIOLOGIA

L'insomni és el trastorn més prevalent en la gent gran. Amb l'edat augmenta la incidència de la síndrome del moviment periòdic de les cames i de la síndrome d'apnea del son (SAS).

Hi ha múltiples tècniques i qüestionaris per mesurar la prevalença de trastorns del son. A l'Estat espanyol s'han utilitzat qüestionaris ad hoc en la majoria d'estudis, però les tècniques de mesura utilitzades i les metodologies diferents fan que les dades obtingudes siguin molt diferents i poc comparables.

Insomni primari: aproximadament entre un 15 i un 20% de pacients amb insomni crònic experimenta el seu insomni com un trastorn primari. Pot arribar a afectar més de la meitat de la població d'edat avançada, amb un clar predomini en les dones. Malgrat que aquest trastorn està infradiagnosticat, s'observa una gran variabilitat de les estimacions segons els criteris diagnòstics utilitzats (del 18 al 28%).

SAS: és, juntament amb l'insomni primari, un dels trastorns nocturns més freqüents. La prevalença a Espanya, encara que variable segons el criteri diagnòstic utilitzat, oscil·la entre el 4-6% dels homes i l'1-2% de les dones. El 24% de les persones de més de 65 anys experimenten cinc o més apnees per hora de son i la probabilitat augmenta amb l'edat; en la gent gran apareixen en el 27% del homes i en el 19% de les dones. Després de la menopausa, la incidència augmenta de forma més important en les dones.

Demència: no hi ha estudis directes definitius sobre la prevalença dels trastorns del son en persones amb demència. Treballs que han utilitzat escales de trastorns conductuals, com el Neuropsychiatric Inventor, en diferents comunitats de malalts, indiquen que aquests es presenten en el 30-60% dels pacients.

Parkinson: els malalts poden patir un insomni primari, però s'ha de descartar que l'origen sigui un increment de la simptomatologia parkinsoniana nocturna o bé que estigui induït per la medicació. La prevalença d'insomni en aquests malalts s'estima entre un 42 i un 98% i augmenta en els estadis avançats de la malaltia.

## AVALUACIÓ, DIAGNÒSTIC I CRITERIS DE DERIVACIÓ

### Clínica (avaluació)

L'avaluació diagnòstica d'una persona d'edat avançada amb insomni comença amb la determinació de la gravetat de l'alteració del son. Consisteix en una avaluació global o un mesurament objectiu del trastorn, d'una banda, i una exploració minuciosa i detallada, de l'altra. S'han de precisar determinats paràmetres del son: temps total dormit, eficàcia del son, temps de conciliació i despertar després de la conciliació del son.

També s'ha de conèixer la rutina vigília/son (hora d'enllitar-se, hora de llevar-se, etc.), la gravetat de l'insomni, les seqüeles diürnes, l'historial de l'insomni (per exemple, factors desencadenants), els factors ambientals, la medicació, els hàbits de salut, l'historial mèdic, i fer una anàlisi funcional detallada del problema.

La recollida d'informació ha de permetre establir el diagnòstic diferencial amb altres trastorns del son que podrien tenir una etiologia mèdica o psiquiàtrica. Per obtenir aquesta informació, el clínic pot utilitzar sistemes de recollida de dades subjectius: entrevista clínica, registres del son, escales i qüestionaris (escala Atenes d'insomni, qüestionari del son d'Oviedo, annex III) i mètodes objectius, com polisomnografies, actigrafies de canell, etc., indicats només en determinats tipus de trastorns del son. Cal considerar que, de vegades, el pacient no sap o no pot explicar la seva simptomatologia.

És important tenir en compte l'existència d'una gran variabilitat amb relació al temps de repòs que es necessita per a un descans correcte i que no es tracta d'un insomni vertader si no hi ha simptomatologia diürna com a conseqüència de la falta de son.

Pot ser molt útil demanar al pacient o cuidador l'elaboració d'un diari del son on anoti els esdeveniments i les característiques del son de les últimes dues setmanes (annex IV).

### Diagnòstic

Davant de queixes com dormir menys, despertar-se unes quantes vegades durant la nit, despertar-se massa aviat al matí i/o tenir son durant el dia i, per tant, fer la migdiada, s'ha d'investigar el conjunt de factors o causes que poden desencadenar o agreujar l'insomni de l'ancià, com ara:

- Canvis fisiològics del cicle vigília/son (l'arquitectura normal del son canvia amb l'envelliment; per tant, el que disminueix amb l'edat no és la necessitat de dormir sinó la capacitat de dormir). Amb l'edat el son és més escàs, fragmentat i superficial, i la latència del son és més gran. També es produeix amb més freqüència somnolència diürna. Tots aquests canvis es perceben com a anomalies i produeixen queixa d'insomni.
- Canvis en el ritme circadià: a mesura que envellim s'avança el rellotge biològic, de manera que sentim son al final de la tarda i ens despertem de matinada. El millor tractament és l'exposició a la llum solar de migdia o de primera hora de la tarda.
- Trastorns primaris amb despertars nocturns freqüents i somnolència diürna, com ara la síndrome d'apnea del son (SAS) i la síndrome de les cames inquietes.

- Trastorns del son secundaris com: malalties mèdiques (annex I-II); malalties neurosiquiàtriques; ús de fàrmacs i d'altres substàncies.
- Altres: mals hàbits del son, factors ambientals, problemes socials, situacions d'estrès o falta d'adaptació a canvis en l'estil de vida (incloent-hi la institucionalització).

Si totes les causes anteriors s'han descartat, ens trobem davant d'un insomni primari.

En el SAS, la història clínica és la base del diagnòstic inicial.

Un pacient representatiu seria un home obès, roncador, amb coll ample i curt i que refereix un quadre de roncs, pauses respiratòries durant la nit, somnolència i cansament diürn; freqüentment coexisteix amb hipertensió arterial.

Però aquesta no és l'única presentació. Els dos símptomes clau, la somnolència i els roncs, són molt inespecífics ja que no tots es relacionen amb trastorns respiratoris del son. Els criteris diagnòstics de la SAS exigeixen una sospita clínica basada en la presència de símptomes i una confirmació diagnòstica mitjançant la derivació a una unitat especialitzada, on després d'una anamnesi i un examen físic minuciós es facin estudis específics com ara registres polisomnogràfics nocturns.

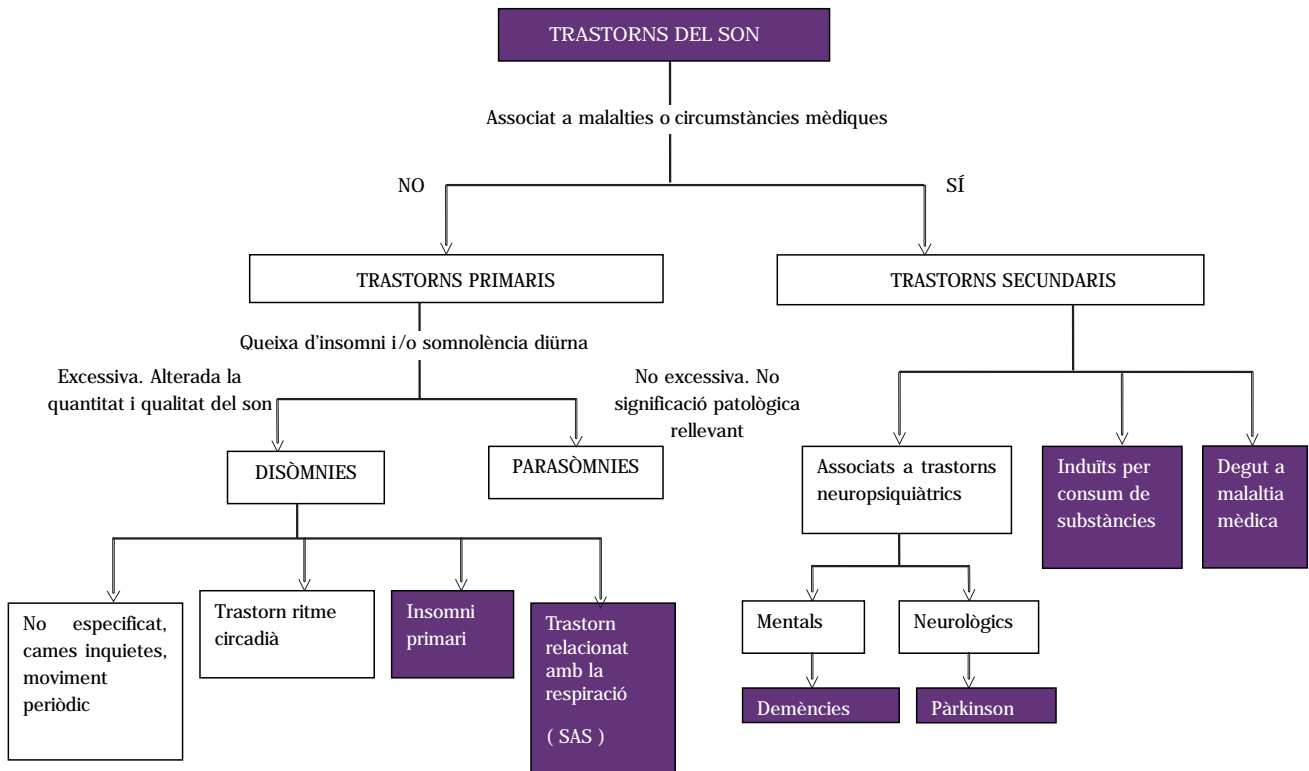
#### Criteris de derivació

S'han de derivar per rebre atenció especialitzada aquells pacients en els quals se sospita l'existència d'episodis d'apnea del son, casos que han de ser atesos en unitats del son.

Tanmateix, pot ser convenient la derivació davant la patologia física subjacent per a confirmació diagnòstica i orientació terapèutica.

S'ha de seguir el mateix criteri en l'insomni que acompanya les malalties psiquiàtriques, els pacients que no milloren després d'un temps prudencial amb els tractaments habituals i aquells que han rebut diferents tractaments sense que el problema millori.

## ABORDATGE DIAGNÒSTIC INICIAL DELS TRASTORNS DEL SON



Consensuat pel grup de treball

## OBJECTIUS TERAPÈUTICS

L'objectiu general és aconseguir un temps de son suficient per al pacient ancià i adequat a les necessitats horàries de les persones que el cuiden, mitjançant la millora dels hàbits de son i la resolució dels factors predisposants o precipitants (canvis fisiològics del cicle vigília/son amb l'edat, mals hàbits de son, factors ambientals, problemes socials, situacions d'estrès, manca d'adaptació a canvis de l'estil de vida...).

Els objectius terapèutics específics pretenen:

- 1) Millorar els símptomes relacionats amb el trastorn del son.
- 2) Obtenir un son nocturn reparador i estable, amb un mínim d'hores adequat a les necessitats individuals de cada pacient.
- 3) Obtenir una vigília adequada a les necessitats del pacient.
- 4) Millorar la qualitat de vida del pacient i dels cuidadors.

## TRACTAMENT

Es pensa erròniament que la somnolència diürna és normal en la vellesa i que les persones grans necessiten dormir menys. Això fa que, com que els ancians solen sobrevalorar o infravalorar la durada i qualitat del seu son, de vegades sigui difícil detectar els trastorns i, per tant, establir-ne el tractament.

El tractament ha de consistir inicialment en el coneixement i la resolució de les causes que precipiten o predisposen l'aparició de l'insomni i aplicar mesures que permetin millorar la higiene del son. Posteriorment s'ha de considerar la instauració o no de mesures farmacològiques de forma específica.

La metaanàlisi de Glass mostra que la gent gran tractada amb hipnòtics sedatius té el doble de probabilitats de presentar efectes adversos (caigudes, afectació cognitiva, etc.) que una millora del son. S'ha demostrat la relació cost/efectivitat favorable de tenir personal assistencial format i preparat per aplicar abordatges no farmacològics, que no només poden evitar l'ús de fàrmacs, sinó que poden ajudar i fins i tot eliminar l'ús d'hipnòtics.

### Abordatge no farmacològic

Les mesures d'higiene del son (annex V) són bàsiques i prèvies a qualsevol abordatge farmacològic o no farmacològic. Tant aquestes com les tècniques cognitivoconductuals (TCC) poden ser aplicades per sanitaris no especialistes i tenen una relació cost-efectivitat altament positiva.

Aquestes tècniques produeixen una aparició de la resposta progressiva i no immediata, però amb l'avantatge de presentar un efecte més durador que les teràpies farmacològiques. D'altra banda, no apareixen els temuts fenòmens de dependència i rebot que es manifesten a mitjà-llarg termini amb les benzodiazepines.

Entre les tècniques conductuals més utilitzades destaquen: la teràpia de control d'estímuls (associar l'hora d'anar a dormir, el llit i el dormitori amb un inici ràpid del son), la teràpia de restricció del son (reduir el temps d'estar enllitat a la durada del son), les tècniques de relaxació muscular i respiració (desactivar el sistema d'alerta) i les d'intenció paradoxal.

Quan es tracta d'insomni per alteracions del ritme circadià, es pot fer servir el tractament amb llum brillant. El pacient s'exposa a la llum del sol o a una placa de llum. S'administren dues hores de llum a 2.500 luxs o bé 30 minuts a 10.000 luxs, al vespre.

En la síndrome d'apnea del son és recomanable dormir en posició lateral, perdre pes, deixar de fumar, evitar els fàrmacs relaxants (antidepressius, ansiolítics, relaxants musculars, inductors del son, etc.) i tractar els trastorns que puguin ocasionar obstrucció nasal.

El tractament d'elecció en aquest cas és la utilització de la continuous positive airway pressure (CPAP), una tècnica no curativa (s'ha d'aplicar de forma continuada) que permet millores objectives i subjectives en la qualitat del son, les funcions cognitives, el nivell d'atenció i els mesuraments de la qualitat de vida, perquè permet normalitzar l'arquitectura del son.

Els dispositius intraorals estan indicats en pacients que ronquen i pacients amb SAS lleu i també en aquells que no toleren la CPAP, però en general es toleren pitjor que aquesta última.

### Abordatge farmacològic

Quan les mesures anteriors no donen resultat i hi ha repercussió en l'activitat diürna cal recórrer a mesures farmacològiques, amb l'excepció de la SAS, en la qual el tractament farmacològic no està indicat (les benzodiazepines estan contraindicades de manera absoluta perquè prolonguen la durada de les apnees i n'incrementen la freqüència).

Tot i que àmpliament controvertit en la literatura, el tractament amb benzodiazepines de temps de semivida curt-intermedi permet una millora immediata dels símptomes relacionats amb dificultats en l'inici i/o el manteniment del son. No obstant això, els efectes adversos relacionats majoritàriament amb la possibilitat de quadres confusionals durant i/o immediatament després de l'efecte terapèutic, així com la relaxació muscular inherent a l'acció del fàrmac (pot facilitar les caigudes), fan que la utilització d'aquests fàrmacs hagi de ser avaluada individualment i sempre durant un temps limitat.

### Selecció de fàrmacs

Quan estigui indicada la utilització d'un hipnòtic en un pacient ancià, aquest ha de presentar una velocitat d'absorció i un inici d'acció molt ràpids, un temps d'actuació de 4-6 hores, no alterar l'estructura fisiològica del son, no presentar metabòlits actius i tenir uns efectes secundaris mínims.

La utilització de benzodiazepines (BZD) i anàlegs només està indicada per al tractament d'un trastorn intens, que limiti l'activitat del pacient o li provoqui un estrès important. Han de ser sempre BZD de temps de semivida curt o intermedi, que es metabolitzin per glucuronoconjugació (lorazepam i lormetazepam) i que no s'acumulin; s'han d'utilitzar a dosis baixes i avaluar periòdicament l'evolució de l'insomni.

Els anomenats z-fàrmacs (zolpidem, zoplicona, zaleplon) són una bona alternativa sempre que no es tracti d'un insomni associat a ansietat, amb tensió muscular, atès que no tenen acció miorelaxant ni ansiolítica com les BZD.

Les BZD de temps de semivida llarg amb efecte hipnòtic i ansiolític no s'haurien d'utilitzar en gent gran atès que hi ha un risc elevat que produeixin somnolència diürna, alteracions psicomotrius, atàxia i caigudes. Excepcionalment, es podrien utilitzar com a hipnòtic puntual (quan l'important és la velocitat d'absorció i la vida mitjana de distribució) en dosis úniques i separades com a mínim uns quants dies de la dosi següent.

Altres fàrmacs com la trazodona, el zolpidem i el clometiazol poden ser eficaços i ben tolerats en ancians, per la qual cosa són una bona alternativa. Els antidepressius sedants, fluvoxamina, paroxetina, mirtazapina, poden ser útils en els pacients depressius amb insomni.

Trazodona: s'utilitza àmpliament en el tractament de l'insomni en la gent gran, tot i que no té aquesta indicació i la majoria d'estudis s'han dut a terme amb pacients amb depressió comòrbida.

Zolpidem: té un perfil hipnòtic més específic, amb manteniment de l'arquitectura del son. En la pràctica clínica no és més efectiu que les BZD, però és un bon inductor i sembla que produeix menys insomni de rebot i menys exacerbacions de problemes respiratoris obstructius preexistents.

Clometiazol: té un comportament similar al de les BZD d'acció sedant, amb un temps de semivida de quatre hores per la qual cosa no s'ha d'esperar un efecte residual durant el dia. Té un inici d'acció ràpid i disminueix la latència del son i el nombre de despertades. S'ha de tenir especial precaució en casos d'insuficiència respiratòria, renal o cardíaca.

Els antihistamínics sedants que s'utilitzen com a hipnòtics no estan indicats en la gent gran, són menys eficaços que les BZD i, tot i que produeixen un inici del son més ràpid que el placebo, sol aparèixer ràpidament tolerància a l'efecte hipnòtic. Els efectes adversos d'aquest grup, com ara deteriorament cognitiu, deteriorament psicomotor, restrenyiment, retenció urinària, sensació de vertigen, fatiga, boca seca..., en desaconsellen l'ús en aquest col·lectiu.

Tot i això, i valorant la relació benefici / risc, poden ser útils en pacients amb insomni relacionat amb problemes al·lèrgics.

En cas de rebuig farmacològic es pot recórrer a la valeriana, que té una eficàcia modesta però es pot combinar amb tècniques psicologicoconductuals. S'ha d'administrar un mínim de dues hores abans d'anar a dormir i s'ha de tenir en compte que pot produir efecte rebot. És important tenir en compte que les dosis depenen del tipus de preparat i de l'origen de la planta.

En l'insomni associat a malaltia de Pàrkinson, quan hi ha dificultat per a la conciliació del son es pot recórrer als hipnòtics, benzodiazepínics o no, de vida mitjana curta. En el cas de despertars freqüents o precoços, associats a depressió, poden ser útils els antidepressius de perfil més sedant (trazodona o mirtazapina). En el cas de moviments exagerats es recomana el clonazepam o bé un ajust de la dosi dels agents dopaminèrgics.\*

(\*En pacients amb malaltia avançada en els quals predomina un quadre parkinsonià nocturn s'han d'utilitzar agents dopaminèrgics de semivida prolongada per evitar l'insomni (levodopa), suprimir els fàrmacs d'acció estimulants (selegilina) i reduir les dosis nocturnes sempre que la situació motora del pacient ho permeti.)

En l'insomni de pacients amb demència, el tractament de l'insomni s'ha d'associar al del trastorn de base. Cal tenir en compte que els inhibidors de l'acetilcolinesterasa administrats a la nit poden produir alteracions del son, de manera que és millor administrar-los al matí.

El fàrmacs per al tractament de l'insomni en aquests pacients són els mateixos que per a l'insomni primari, però s'han de tenir en compte algunes consideracions importants:

- En cas de simptomatologia depressiva associada, s'ha de recórrer a un antidepressiu amb perfil sedant.
- Si es tracta de trastorns de conducta que requereixen tractament amb antipsicòtics (risperidona i haloperidol), s'ha de tenir en compte que poden induir insomni i, per tant, valorar el benefici-risc. Si s'han d'utilitzar, sempre s'ha de fer a dosis baixes i durant un període de temps curt.

La taula de selecció incorpora els fàrmacs inductors del son amb les dosis màximes nocturnes. Es tracta de dosis conservadores atès que es tracta de gent gran; tot i això, en algun cas s'especifiquen dosis inferiors d'inici que s'han d'ajustar posteriorment en funció dels resultats obtinguts.

## TAULA DE SELECCIÓ I RECOMANACIONS D'ÚS DELS FÀRMACS (TRASTORNS DEL SON) (les dosis estan adaptades a la gent gran)

### Insomni primari

Principi actiu	Indicació autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxima nocturna (mg/dia)	Pauta d'admin.*/altres f.f.**	EFG	Observacions
<b>1ª elecció</b>							
Higiene del son/ Tècniques Cognitivoconductuals							La primera opció serà sempre el tractament no farmacològic.
<b>BDZ:</b>							Precaució en demències i síndromes confusionals agudes.
Lorazepam	Si	0,5		1	Mitja hora abans d'anar a dormir	Si	Inici d'acció intermig. Sense metabòlits actius Insomni de despertar precoç.
Lormetazepam	Si	0,5		1	Gotes	Si	Inici d'acció ràpid. Sense metabòlits actius. Insomni de conciliació i en cas de despertar precoç.
<b>2ª elecció</b>							
<b>BDZ:</b>							Precaució en demències i síndromes confusionals agudes.
Midazolam	Si	3,75		7,5	Just abans d'enlitar-se	Si	Inici d'acció ràpid. Sense metabòlits actius. Reduir dosi en insuficiència hepàtica.
<b>Anàleg BDZ</b>							
Zaleplon	Si	5		5			Velocitat absorció molt ràpida. Metabòlits inactius. Modifica poc l'estructura de la son. Menys experiència d'ús que BDZ.
Zolpidem	Si	5		5	Al anar a dormir No manipular	Si	Absorció ràpida i inici d'acció curta. Sense metabòlits actius. Insomni de conciliació. Pot provocar alteracions de la percepció, memòria o conducta ja des de les primeres dosis.
Zopiclona	Si	3,75		3,75	Abans d'anar a dormir		Velocitat d'absorció ràpida. Metabòlit poc actiu. Modifica poc l'estructura de la son. Menys experiència d'ús que BDZ.
<b>Altres</b>							
Clometiazol	Si	192		384	Abans d'anar a dormir		Precaució en cas d'insuficiència renal, hepàtica, respiratòria greu o cardíaca congestiva (màx 192 mg).
Valeriana	Si	Dependrà del tipus de preparat i de l'origen de la planta			Comprimits sencers 1-2 hores abans d'anar a dormir. Gotes	EFP	Inici d'acció en 2-4 setmanes. Utilitzar amb precaució en insuficiència hepàtica (compostos hepatotòxics).
<b>Si s'associa a símptomes depressius</b>							
<b>Altres ATD:</b>							
Mirtazapina		7,5		15	Abans d'anar a dormir Gotes i Comp. Bucodispersables	Si	Increment de dosi més gradual en ancians. Utilitzeu la mínima dosi efectiva. Experiència d'ús en malalts amb demència i patologia afectiva i conductual associada.
Trazodona		50		100	Millor a la nit amb aliments		Vigilar la hipotensió ortostàtica si no s'administra amb menjar. Precaució en patologia cardíaca. Es pot valorar la seva utilització en estats d'agitació important.
<b>No recomanats</b>							
BDZ temps semivida llarg Antipsicòtics Antihistamítics							

\*Sempre que sigui rellevant. \*\*Altres formes farmacèutiques disponibles en cas de problemes de deglució. En cas de Formes Retard i/o Cobertes Gastroresistents NO MANIPULAR.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran properament, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dins de cada subgrup terapèutic.

## CONSIDERACIONS GENERALS SOBRE EL TRACTAMENT\*

### Inici del tractament

S'ha de començar amb les dosis mínimes efectives (la meitat o la tercera part de les recomanades per a adults).

Si es tracta d'un insomni de conciliació, s'ha de valorar la utilització de fàrmacs d'inici ràpid.

Si es tracta del tractament de manteniment o mixt, si és possible s'ha d'utilitzar lorazepam i lormetazepam.

En general, els hipnòtics s'administren una hora abans d'anar a dormir, però en algun cas es recomana fer-ho només 20 minuts abans o fins i tot immediatament abans d'enllitar-se (zolpidem, triazolam).

Si es tracta d'insomni transitori agut o subagut de curta durada, està indicada la utilització d'un hipnòtic des del començament dels símptomes per tal d'evitar la possible cronificació del procés.

### Inici de resposta i durada de tractament

Si al cap de 7 o 10 dies l'insomni no millora, s'ha de considerar l'augment gradual de la dosi fins a assolir la dosi màxima recomanada en geriatria. També s'ha de reavaluar el diagnòstic.

La durada del tractament ha de ser sempre la més curta possible i en general pot variar des d'uns quants dies fins a dues setmanes, amb una durada màxima de quatre setmanes si s'inclou la retirada gradual del tractament. La utilització de BZD i similars pot provocar dependència física i psíquica. Vegeu annex VI i l'apartat de consideracions generals del tractament del document d'ansietat.

En intentar reduir o suprimir l'ús d'hipnòtics pot aparèixer "insomni de rebot", normalment lligat a l'ús crònic, però també es pot donar quan s'han administrat durant períodes curts de temps. Aquest no es tracta fàcilment, però pot ajudar a prevenir-lo fer una reducció gradual del fàrmac. Es recomana retirar el 25% de la dosi total setmanalment i en ocasions substituir els hipnòtics de vida mitjana curta per uns altres de vida més llarga com ara clonazepam o bromazepam i disminuir-ne la dosi també progressivament.

### Seguiment

Ha de ser regular i s'han de controlar especialment les seqüeles diürnes. Els ancians són més susceptibles a patir depressió de l'SNC i poden desenvolupar estats de confusió i atàxia i incrementar el risc de caigudes i fractures.

Els símptomes de sobredosi consisteixen en somnolència, estupor, relaxació muscular i depressió respiratòria.

S'ha de reavaluar periòdicament el tractament.

L'ús intermitent (cada 2, 3, 4 dies) sol donar bons resultats i evita les complicacions derivades de la tolerància i la dependència física.

\*Vegeu recomanacions de l'Institut Nacional Americà sobre la utilització d'hipnòtics (annex VII).

## ANNEX I

### CAUSES ORGÀNIQUES QUE PODEN INDUIR TRASTORNS DEL SON (llista orientativa)

#### Malalties mèdiques

- Malalties cardiopulmonars.
- Patologia osteoarticular.
- Patologia gastroesofàgica.
- Malalties prostàtiques i vesicals.
- Infeccions: per VIH, brucel·losi, encefalitis.
- Trastorns endocrins: hipotiroidisme, hipertiroidisme, hipoparatiroidisme, hiperparatiroidisme, malaltia de Cushing, malaltia d'Addison, diabetis mellitus, hiperprolactinèmia.
- Neoplàsies: leucèmies, limfomes, càncer de pàncrees, càncer de pulmó.
- Malalties neurològiques: demències (Alzheimer, cossos de Lewi, vascular), malaltia de Parkinson, malaltia de Huntington, accident cerebrovascular, epilèpsia nocturna, esclerosi múltiple, migranyes.
- Malalties cardiovasculars: infart agut de miocardi.
- Malalties metabòliques: dèficit de vitamina B12, malnutrició.
- Malalties dermatològiques: èczema.
- Altres malalties: síndrome de fatiga crònica, polimiàlgia...
- Altres: síndromes doloroses, infeccions, restrenyiment...

#### Malalties psiquiàtriques

- Depressió major i trastorn bipolar.
- Trastorn d'ansietat i trastorn obsessivocompulsiu.
- Psicosi.
- Anorèxia nerviosa.
- Trastorns adaptatius.

Adaptat de Carro Garcia, T et al. Síndromes geriàtrics: trastornos del sueño. Capítol 26 de Tratado de geriatría para residentes. SEGG. 2007. p. 265-276.

## ANNEX II

### FÀRMACS I SUBSTÀNCIES QUE PODEN INDUIR INSOMNI

- ALCOHOL: puntualment funciona relativament bé com a inductor del son, però en la segona meitat de la nit hi ha un empitjorament de l'insomni en augmentar el nombre de despertades i augmentar també el son REM.
- AMINES SIMPATICOMIMÈTIQUES: descongestionants (pseudoefedrina, fenilefrina), broncodilatadors (salbutamol, salmeterol, terbutalina, teofil·lina).
- ANTICOLINÈRGICS: ipratropi.
- ANTIDEPRESSIUS: inhibidors selectius de la recaptació de serotonina, IMAO, venlafaxina, duloxetina, reboxetina, bupropió.
- ANTIHIPERTENSIUS: antagonistes del calci, clonidina, blocadors beta (propranolol, atenolol), metildopa.
- ANTINEOPLÀSICS: interferó alfa, goserelina, leuprorelina, daunorubicina.
- ANTIPARKINSONIANS: bromocriptina, levodopa.
- CAFÈINA: cafè, te, refrescos de cola, xocolata.
- DIÜRÈTICS: furosemida.
- HORMONES: corticosteroides, suplementes tiroïdals.
- NICOTINA: tant el consum com l'abstinència es poden associar a insomni.
- ALTRES ESTIMULANTS DE L'SNC: metilfenidat, amfetamines, modafinil...

Adaptat de The Merck Manual of Geriatrics. 3a edició. Actualitzat online. Merck & Co. 2000-2006.

## ANNEX V

### MESURES PER MILLORAR LA HIGIENE DEL SON

- Mantenir uns horaris regulars a l'hora d'anar a dormir i llevar-se al matí.
- Evitar migdiades prolongades durant el dia (màxim 20-30 minuts i sense posar-se al llit).
- Limitar el temps diari al llit a les necessitats individuals.
- Practicar exercici físic de manera regular i moderada, però mai després del final de la tarda.
- Associar el llit amb el dormir: evitar veure la televisió, sopar, etc. al llit. Llegir una mica o escoltar música pot anar bé si s'associa amb el son.
- Evitar els sopars abundants. Acabar de sopar 2-3 hores abans d'anar a dormir.
- Evitar substàncies i fàrmacs estimulants (cafeïna, alcohol, nicotina).
- Mantenir l'entorn nocturn amb una temperatura agradable, silenci i fosc; portar roba de llit còmoda.
- Relaxar-se abans d'anar a dormir i afavorir hàbits associats amb l'hora d'anar a dormir.
- Davant de la impossibilitat de conciliar el son, i sempre que sigui possible, llevar-ser i fer una activitat relaxant (escoltar música suau, lectura senzilla) i només tornar al llit si es té son. Evitar l'exposició a una llum brillant.
- Sotmetre's a una exposició suficient de llum brillant durant el dia.

Adaptat de Cathy A, Alessi, MD. Problemas del sueño. Geriatrics Review Syllabus. 6a edició. 3 Neuropsiquiatria. Traducció edició original American Geriatrics Society. 2007.

## ANNEX VI

### ABÚS, TOLERÀNCIA, DEPENDÈNCIA FÍSICA I RETIRADA DE BDZ

#### DESHABITUACIÓ DE BENZODIAZEPINES. ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. Expliqueu en què consisteixen i perquè serveixen les BDZ, insistint en el seu efecte beneficiós a curt termini.
2. Abordeu els conceptes de dependència, síndrome d'abstinència i símptomes de retirada.
3. Enumereu els principals problemes derivats de l'ús prolongat, incidint en la disminució de reflexos, l'augment de caigudes i les alteracions de la memòria.
4. Informeu de la importància d'una retirada gradual per tal "d'anar adaptant de nou l'organisme" i no presentar símptomes desagradables secundaris a la interrupció del tractament.
5. Garantiu el suport durant el procés, abordant conjuntament les dificultats que puguin sorgir.

#### SÍMPTOMES DE LA SUSPENSÍO DE LES BDZ

- Freqüents: ansietat, insomni, nerviosisme, irritabilitat, tensió muscular.
- Menys freqüents: nàusees, diaforesi, letargia, tremolors, miàlgies, alteracions sensorials (visió borrosa, hiperacúsia, percepció de sabors estranys, hipersensibilitat a la llum, sensació anormal de moviment), vertígens o atàxia, depressió.
- Rars: psicosi, convulsions, tinnitus persistent, confusió.

Els símptomes d'interrupció més immediats solen consistir en un empitjorament dels símptomes originals per rebot. Posteriorment pot aparèixer tota la simptomatologia addicional especificada abans. El rebot millora al cap de pocs dies però els altres símptomes poden persistir més temps (2-4 setmanes; alguns, com els acúfens, fins a 8 setmanes).

Els símptomes de supressió comencen abans i són més intensos i greus després de la interrupció brusca dels fàrmacs de vida mitjana curta (els símptomes de rebot poden aparèixer poques hores després de la darrera dosi i poden resultar tan greus que el pacient vulgui continuar l'ús de la BDZ per tal d'evitar les molèsties de la suspensió).

Els símptomes i la síndrome d'abstinència no solen aparèixer abans de 3-4 mesos de dosificació diària. La síndrome es pot desenvolupar abans si s'administren diàriament dosis més altes (per exemple, les utilitzades en el tractament del pànic).

Les pautes de descens de dosis han de ser entre un 10 y un 25% de la dosi total diària en intervals d'aproximadament 2-3 setmanes, amb una disminució inversament proporcional al grau de dependència. El suport, el consell i les visites de seguiment contribueixen notablement a l'èxit de la retirada. Si es pretén passar, per exemple, d'una BDZ a un AD sedant, el millor es afegir l'AD a la BDZ i esperar fins que es manifesti una millora del son abans de començar la retirada de la BDZ. La supressió d'algunes BDZ, com l'alprazolam, pot ser especialment difícil. Es proposa que la disminució de dosis no superi 0,5 mg per setmana. Quan la retirada és difícil, o si hi ha rebot interdosos, pot ser útil canviar-la per una altra BDZ d'alta potència però amb un temps de semivida més llarg com el clonazepam.

Elaborat pel grup de treball

## RECOMANACIONS DEL TRACTAMENT AMB HIPNÒTICS

### Insomni de curta durada

- Reviseu els hàbits i la higiene del son.
- Si cal un hipnòtic, utilitzeu una BDZ de vida mitjana curta a la dosi més petita possible o els nous hipnòtics no benzodiazepínics.
- Utilitzeu els hipnòtics de forma intermitent, ometeu una dosi nocturna després d'una o dues nits de son adequat.
- No utilitzeu hipnòtics durant un temps superior a tres setmanes i suprimiu-los gradualment.

### Insomni de llarga durada

- Utilitzeu hipnòtics en combinació amb psicoteràpia i teràpia conductual.
- Podeu utilitzar una BDZ de vida mitjana llarga sempre que sigui de forma intermitent (cada tres nits).
- Els antidepressius sedants poden ser útils.
- Reduïu la medicació gradualment quan el tractament sigui eficaç.
- Els casos complicats i resistents es poden beneficiar d'una valoració psiquiàtrica o d'un estudi del son.

Adaptat de Gonzalez Gil P et al. Alteraciones del sueño. Geriatria en atención primaria. 3a edició. Madrid. Edic. Aula Médica, 2002. p. 287-295.