

SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN
Guía rápida

Depresión
y ansiedad



Sociedad Española
de Médicos de Atención Primaria

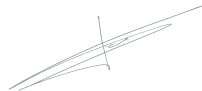
ÁREA SALUD MENTAL



Una función de las Sociedades Científicas como SEMERGEN es facilitar actividades de Formación Continuada, que permitan al médico de familia realizar su trabajo con garantías de calidad y excelencia.

Dentro del desarrollo de los documentos clínicos SEMERGEN DoC, y como consecuencia de la excepcional acogida que ha tenido este manual entre médicos de AP, parecía natural la creación de una guía de bolsillo que permita una rápida visión para una toma de decisiones ágil y adecuada.

Agradecemos a los distintos grupos de trabajo implicados, así como al laboratorio patrocinador Lundbeck, el esfuerzo realizado para llevar a cabo esta adaptación de la obra de referencia SEMERGEN DoC Depresión y Ansiedad y deseamos que sea de utilidad para todos los médicos de Atención Primaria.



JULIO ZARCO RODRÍGUEZ
Presidente Nacional de SEMERGEN

Consejo Editorial

Federico E. Pérez Agudo

Equipo de Atención Primaria de Madrid 5 (Madrid)

Webmaster Nacional de SEMERGEN

Grupo de Formación Pregrado y Universidad de SEMERGEN

Dulce Ramírez Puerta

Centro de Salud Los Fresnos (Madrid)

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN

Representante de SEMERGEN en la Comisión Nacional de la Especialidad

Ana María de Santiago Nocito

Centro de Salud de Meco (Madrid)

Vocal Nacional de Formación y MIR de SEMERGEN

Coordinadora Nacional de Grupos de Trabajo de SEMERGEN

Coordinador Editorial

José Arbesú Prieto

Centro de Salud Sama de Langreo (Asturias)

Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Autores

José Manuel Benítez Moreno

Área Básica de Salud 1 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN

Rafael Casquero Ruiz

Centro de Salud Las Cortes (Madrid)

Secretario del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Vicente Gasull Moliner

Centro de Salud Aldaya (Valencia)

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Silvia López Chamón

Centro de Salud Puerta del Ángel 2 (Madrid)

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Pablo Panero Hidalgo

Centro de Salud Órgiva (Granada)

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Rosa M. Pont Dalmau

Centro de Atención Primaria de Igualada (Barcelona)

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Froilán Sánchez Sánchez

Centro de Salud de Rotglá (Valencia)

Coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

Armando Santo González

Centro de Salud La Ñora (Murcia)

Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN

Elena Villalva Quintana

Equipo de Atención Primaria Ramiro II

(Alcalá de Henares, Madrid)

Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN

Enrique Zamorano Bayarri

Centro de Atención Primaria Sant Antoni de Vilamajor (Barcelona)

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

© de los contenidos SEMERGEN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Edicomplet 2007

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito Legal: M-2212-2007

SV90040R

Coordinación Técnica y Editorial

EDICOMPLET *Grupo*
saned

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 02

Ramon Turró, 91 4ª planta. 08005 Barcelona. Tel.: 93 320 93 30

Fotocomposición y Fotomecánica: Siglo Digital, S.L. • Impresión: Hermanos Gómez, S.L.

Depresión	8 - 71
Ansiedad	72 - 109
Actividades preventivas	110 - 116

www.semergen.es/semergendoc

Epidemiología depresión

- Prevalencia en la población general es del 5%
- En la mujer entre el 8-10%, en el varón 3-5%
- La gran mayoría de los procesos depresivos son vistos en AP
- El 50% de las depresiones no son diagnosticadas
- El 80% de los depresivos no reciben tratamiento adecuado
- Las depresiones mejoran en un porcentaje del 70% con tratamiento
- El 70% de las depresiones son leves-moderadas

Manifestaciones clínicas (I)

- Síntomas afectivos que reflejan la tristeza patológica
- Anhedonia o incapacidad para disfrutar con actividades
- Trastornos habituales del sueño
 - Disminución de su duración y se suele acompañar de pesadillas
 - Despertar precoz (bastante específico)
 - Insomnio de conciliación y de mantenimiento
 - Hipersomnia
- Síntomas sexuales: disminución del deseo, disfunción eréctil y anorgasmia

Manifestaciones clínicas (II)

- Intentos de suicidio
- En la depresión mayor con melancolía, suelen alterarse los ritmos biológicos
- Coadyuvante a cualquier enfermedad orgánica
- Quejas físicas mal definidas, que no se explican por una enfermedad orgánica
- Prácticamente generalizada entre las mujeres maltratadas
- Hiperfrecuentación

Motivos de consulta que hacen sospechar una depresión (I)

- Trastornos del sueño
- Fatiga crónica
- Quejas físicas inespecíficas
- Discordancia entre el estado de salud que se objetiva y la magnitud de las quejas
- Inadecuada evolución de una enfermedad somática
- Síntomas de ansiedad en un paciente sin historia previa de enfermedad mental

Motivos de consulta que hacen sospechar una depresión (II)

- Alexitimia
- Problemas de memoria
- Problemas de pareja
- Violencia doméstica
- Disfunciones sexuales
- Hiperfrecuentación
- Problemas de relación médico-paciente

Sospecha de depresión: Factores de riesgo (I)

- Antecedentes personales o familiares de:
 - Depresión (tasa de recurrencia del 50-80%)
 - Tentativas de suicidio
 - Abuso de alcohol o sustancias

Sospecha de depresión: Factores de riesgo (II)

- Sexo femenino (2:1) especialmente durante el posparto
- Enfermedades físicas concomitantes crónicas o graves

Sospecha de depresión: Factores de riesgo (III)

- Acontecimientos estresantes recientes
- Falta de apoyo social:
 - Muerte reciente de un ser querido
 - Pérdida significativa (trabajo)
 - Divorcio o separación de un ser querido
 - Violencia doméstica
 - Cambio de vida importante (positivo o negativo):
Cambio de trabajo, jubilación, emigración, transición cultural
 - Conflictos, dificultades económicas

Cribado de depresión

- Durante los últimos quince días:
 - ¿Ha notado menor interés o placer en hacer cosas?
 - ¿Se siente decaído, deprimido o desesperado?

Una respuesta afirmativa es señal de depresión:
¡Proceder a una entrevista clínica más exhaustiva!

- ¿Ha estado más cansado de lo habitual?
- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
- ¿Tiene dificultades para concentrarse?
- ¿Cómo está su apetito?
- ¿Qué tal duerme?
- ¿Tiene sentimientos de culpa?
- ¿Piensa que no merece la pena vivir?

Sospecha de depresión: Aspecto y actitud del paciente

- Facies poco expresiva, triste y abatida
- Lentitud y dificultad de expresión, con tono bajo, monótono o quejumbroso
- Retraimiento y lentitud de movimientos
- Aspecto físico descuidado
- Falta de concentración en la entrevista
- Sentimientos de pesimismo, fracaso, autorreproche
- Irritabilidad o inquietud motora (menos frecuente)

Historia clínica (I)

- Enfermedad actual y síntomas que presenta
- Antecedentes psiquiátricos familiares y personales
(depresión, trastorno bipolar, intentos de suicidio...)
- Enfermedades físicas crónicas y/o severas
- Consumo (excesivo) de alcohol u otras sustancias
- Psicobiografía
(desarrollo psicológico, respuesta a las transiciones de la vida, principales acontecimientos vitales)

Historia clínica (II)

- Tratamientos recibidos y su respuesta
- Historia social, laboral y familiar
- Anamnesis por aparatos
- Examen del estado mental
- Exploración física

¿Cómo ha de ser la entrevista? (I)

- Tratar que se sienta cómodo
- Saludar y comenzar a hablar una vez sentados
- Hacer preguntas abiertas y utilizar facilitaciones
- Mantener una postura abierta, mirándole mientras habla (evitando leer el historial, tomar notas, etc.)

¿Cómo ha de ser la entrevista? (II)

- Clarificar el motivo de la consulta
- Ayudar al paciente a ampliar sus pensamientos usando comentarios o gestos, como asentir con la cabeza o inclinar el cuerpo hacia él

¿Cómo ha de ser la entrevista? (III)

- No interrumpir antes de que acabe de explicarse
- No hacer preguntas cerradas, pues la respuesta puede ser incompleta o inexacta
- Interesarnos por sus conflictos emocionales
- Demostrar que reconocemos lo que siente
- Legitimar las emociones del paciente

Exploraciones complementarias (I)

Prueba

- Bioquímica
- Hemograma
- TSH, cortisol sérico
- Análisis de orina
- Neuroimagen

Posible alteración

- Alt. iones, hiperglucemia
- Anemias, infecciones
- \updownarrow Tiroides y suprarrenales
- Uremia
- Tumor cerebral, ACVA

Exploraciones complementarias (II)

Signos de probable organicidad

- La revisión médica sistemática descubre síntomas que raramente se encuentran en los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad
- El paciente es mayor
- El primer episodio depresivo o ansioso ocurre después de los 40 años
- La depresión o la ansiedad no responden plenamente al tratamiento rutinario

Evaluación del riesgo de suicidio

Preguntas "guía"

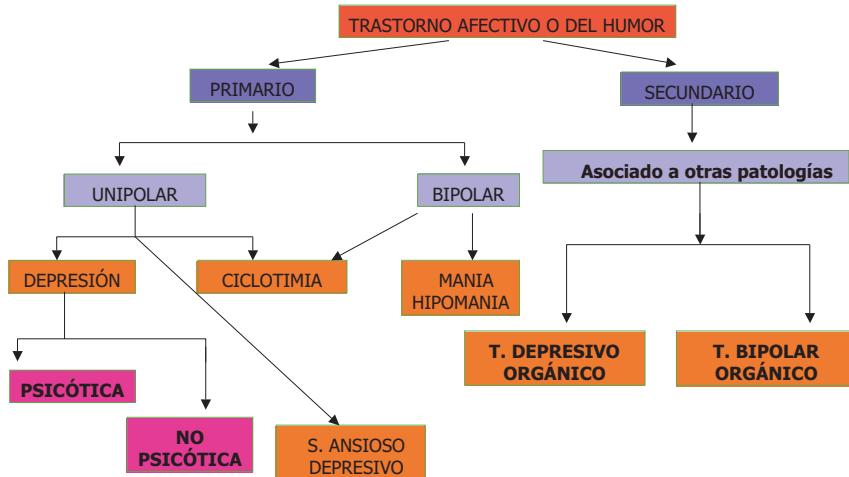
- ¿Cree que vale la pena vivir?
- ¿Desearía estar muerto?
- ¿Ha pensado en acabar con su vida?
- En caso afirmativo,
¿ha llegado a pensar en cómo lo haría?
- ¿Tiene acceso a alguna manera de llevar a cabo su plan?
- ¿Qué le impide autolesionarse?

Evaluar trastorno bipolar

- Presentación clásica
- Antecedentes familiares
- Respuesta al tratamiento inusualmente rápida
- Irritabilidad
- Antecedentes personales sospechosos

Preguntas útiles: ¿Experimenta cambios pronunciados del estado de ánimo?

Clasificación de las depresiones



Depresión mayor (DSM-IV TR)

- Humor deprimido
- Pérdida de intereses
- Alteración del peso
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación psicomotriz o inhibición
- Fatiga o pérdida energía
- Culpa, desesperanza
- Disminución de la concentración
- Indecisión
- Ideas de muerte y suicidio

Presencia de ≥ 5 síntomas, al menos uno de los dos primeros, durante un mínimo de dos semanas y durante la mayor parte del día

Formas clínicas:

Depresión endógena o melancólica

- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades
- Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
- Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo
- La depresión es habitualmente peor por la mañana
- Enlentecimiento o agitación psicomotores
- Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la habitual)
- Anorexia significativa o pérdida de peso
- Culpabilidad excesiva o inapropiada
- Pérdida marcada de la libido

Formas clínicas: Depresión atípica

- Reactividad del estado de ánimo:
 - El estado de ánimo responde a los acontecimientos y mejora en situaciones positivas
- Aumento significativo del apetito (hiperfagia) o del peso
- Hipersomnia
- Abatimiento:
 - Sensación de pesadez en los brazos y piernas
- Extrema sensibilidad al rechazo interpersonal

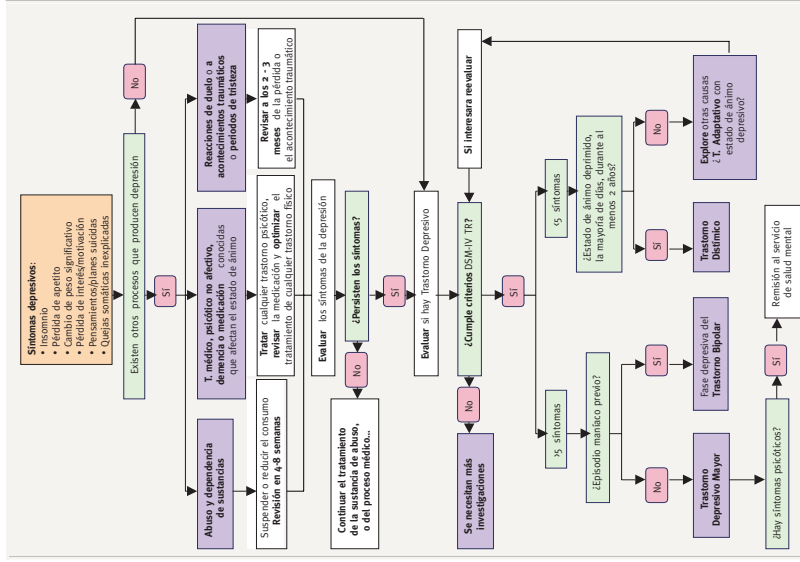
Formas clínicas: Depresión psicótica

- Ideas delirantes de culpa, ruina o hipocondría
- Alucinaciones :
 - Auditivas: voces difamatorias o acusatorias
 - Olfatorias: olores a podrido o carne en descomposición
- Alteración importante en la psicomotricidad
(agitación/enlentecimiento)
- Edad de inicio más tardía

Formas clínicas: Depresión somatizada

- Los síntomas somáticos son las quejas principales
- Los síntomas psiquiátricos, como tristeza o anhedonia, no son prominentes
- Representan el 50% de los cuadros depresivos
- Pueden ser endógenas o neuróticas
- Síntomas:
 - Dolor(85%), trastornos digestivos (63%), cefalea (58%), vértigo (21%), trastornos cardio-circulatorios (19%)

Algoritmo diagnóstico del estado de ánimo depresivo



Diagnóstico diferencial (I)

Asociada a otras alteraciones del estado de ánimo como:

- Trastorno bipolar
- Distimia
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
- Duelo no patológico

Diagnóstico diferencial (II)

- El duelo no patológico
- Enfermedades somáticas que se asocian a sintomatología depresiva
- Síntomas inespecíficos (pérdida de peso, insomnio, fatiga, etc.)
- Pacientes oncológicos con sintomatología depresiva
- Demencia
- Pseudodemencia depresiva del anciano
- Trastornos depresivos secundarios a hipotiroidismo
- Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias

Diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y demencia (I)

	Pseudodemencia depresiva	Demencia
Momento de inicio	Preciso	Impreciso
Instauración de los síntomas	Rápida	Lenta
Progresión de los síntomas	Rápida	Lenta
Historia personal de trastornos afectivos	Sí	No
Historia familiar de trastornos afectivos	Sí	No
Humor	Depresivo	Indiferente o irritable
Fluctuaciones cíclicas	Sí	No

Diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y demencia (II)

	Pseudodemencia depresiva	Demencia
Quejas de dificultades cognitivas	Múltiples	Escasa
Tipo de quejas	Detalladas	Vagas
Esfuerzo para realizar tareas	Pequeño	Grande
Respuestas "no sé"	Bastante habituales	Infrecuentes
Respuestas aproximadas	Infrecuentes	Variables
Pérdida de memoria de acontecimientos recientes frente a remotos	Similar	Más de recientes
Autorreproches	Sí	No
Variación circadiana	Sí	No
Mejoría con privación de sueño	Sí	No
Síntomas neurológicos	No o raramente	Sí

Enfermedades médicas asociadas a depresión (I)

Enfermedades neurológicas	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Esclerosis múltiple Demencias subcorticales Lesiones ocupantes de espacio Traumatismo craneoencefálico Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Epilepsia
Enfermedades oncológicas	Cáncer de páncreas Tumores cerebrales
Enfermedades cardiovasculares	Post infarto agudo de miocardio Miocardiopatías Insuficiencia cardiaca
Enfermedades infecciosas	Sida Encefalitis Tuberculosis Mononucleosis infecciosa Cuadros virales

Enfermedades médicas asociadas a depresión (II)

Enfermedades endocrinas	Hipo e hipertiroidismo Hipo e hiperaldosteronismo Enfermedad de Cushing Enfermedad de Addison Hipogonadismo Hiperprolactinemia Diabetes mellitus Hipoglucemia
Problemas dermatológicos	Alopecia Urticaria y prurito Psoriasis Dermatitis atópica Acné
Enfermedades reumatológicas	Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Fibromialgia
Otras enfermedades	Anemias Déficit vitamínico (grupo b)

Fármacos y sustancias de abuso asociados a depresión (I)

Hormonas	Anticonceptivos orales Corticoides Esteroides anabolizantes
Sustancias de abuso	Alcohol Cocaína Opiáceos (morfina, heroína, codeína) Anfetaminas Cannabis o marihuana Drogas de diseño (especialmente los análogos de las amfetaminas METH o speed y MDMA o éxtasis)
Antineoplásicos	
Otros	Anticolinérgicos Metroclorpramida L-Dopa Ranitidina Interferon

Fármacos y sustancias de abuso asociados a depresión (II)

Fármacos cardiovasculares	Alfa metildopa Reserpina Clonidina Propranolol Digital IECA Calcioantagonistas (cinarizina y flunarizina) Hipocolesteromiantes Diuréticos tiazídicos
Antibióticos	
Antiinflamatorios y Analgésicos	Indometacina AINE Morfina
Psicofármacos	Neurolepticos Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos)

Objetivos del tratamiento

- Tratar los síntomas y signos de la depresión hasta su desaparición total mantenida
- Minimizar el riesgo de suicidio
- Disminuir el riesgo de recaídas y recurrencias
- Restablecer el funcionamiento biopsicosocial previo y adecuado
- Procurar disminuir el impacto económico de la depresión y sus complicaciones

Psicoterapia de apoyo (I)

- Establecer una buena alianza terapéutica
- Actitud directiva pero no autoritaria
- Escucha empática, tranquilizadora y desculpabilizadora
- Emplear el tiempo necesario en la consulta
- Explicar la enfermedad, síntomas, posibilidades terapéuticas y de recuperación
- Alertar sobre la posibilidad de ideación y actos suicidas

Psicoterapia de apoyo (II)

- Aconsejar el evitar tomar decisiones hasta no superar el episodio
- Planificar pequeñas metas gratificantes
- No forzar a relaciones no deseadas
- Enseñar estrategias de mejora para minimizar el estrés diario
- Insistir en la importancia de hacer ejercicio, abandonar hábitos tóxicos y llevar alimentación correcta
- Apoyar al paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico hasta la recuperación completa

Pautas para dar al paciente con depresión (I)

- "No se exija cosas difíciles, ahora tiene usted que cuidarse"
- "Cuide su alimentación, limpieza personal, haga un poco de ejercicio"
- "No tome decisiones importantes hasta que esté restablecido"
- "Procure no exagerar las cosas malas, intente, si puede, ver el lado menos negativo de ellas"

Preferencia sobre el uso de antidepresivos en pacientes con otros cuadros clínicos (I)

- **Hipertensión arterial:**
 - Precaución con la venlafaxina a dosis altas
 - Considerar posibles interacciones con los ATC-HC
- **Insuficiencia respiratoria:**
 - Si toman teofilina evitar fluvoxamina. Evitar ATC y sedantes
- **Insuficiencia cardiaca:**
 - Evitar ATC. Preferibles los ISRS
- **Insuficiencia renal:**
 - ISRS a días alternos o menos dosis. Evitar la sertralina
- **Diabetes:**
 - Evitar ATC-HC, pueden aumentar el peso y provocar hipoglucemias
 - La fluoxetina puede interactuar con ADO e insulina

ATC-HC: antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos; ATC: antidepresivos tricíclicos;
ISRS: inhibidores de la recaptación de la serotonina; ADO: antidiabéticos orales

Factores a considerar para elegir el fármaco antidepresivo

- Conocimiento del fármaco por parte del médico
- Patologías concomitantes del paciente
- Fármacos con los que puede interaccionar
- Utilizar los que previamente han resultado eficaces
- Facilidad de toma: régimen de dosificación
- Edad
- Efectos secundarios

Preferencia sobre el uso de antidepresivos en pacientes con otros cuadros clínicos (I)

- **Hipertensión arterial:**
 - Precaución con la venlafaxina a dosis altas
 - Considerar posibles interacciones con los ADT-HC
- **Insuficiencia respiratoria:**
 - Si toman teofilina evitar fluvoxamina. Evitar ADT y sedantes
- **Insuficiencia cardiaca:**
 - Evitar ADT. Preferibles los ISRS
- **Insuficiencia renal:**
 - ISRS a días alternos o menos dosis. Evitar la sertralina
- **Diabetes:**
 - Evitar ADT-HC, pueden aumentar el peso y provocar hipoglucemias
 - La fluoxetina puede interactuar con ADO e insulina

ADT-HC: antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos; ADT: antidepresivos tricíclicos;
ISRS: inhibidores de la recaptación de la serotonina; ADO: antidiabéticos orales

Preferencia sobre el uso de antidepresivos en pacientes con otros cuadros clínicos (II)

- Uropatía obstructiva:
Utilizar los ISRS. También mirtazapina y trazodona
- Glaucoma:
Usar ISRS, trazodona y mirtazapina
Asegurar el tratamiento con mióticos locales
- Estreñimiento crónico:
Preferible usar ISRS
- Úlcus péptico/colon irritable:
Preferible usar amitriptilina
- Demencia:
Usar ISRS, trazodona, mirtazapina
Comenzar con dosis bajas e incrementar lentamente
- Parkinson:
Preferibles amitriptilina, mianserina, mirtazapina, nortriptilina, sertralina y trazodona

Características diferenciales de los ISRS

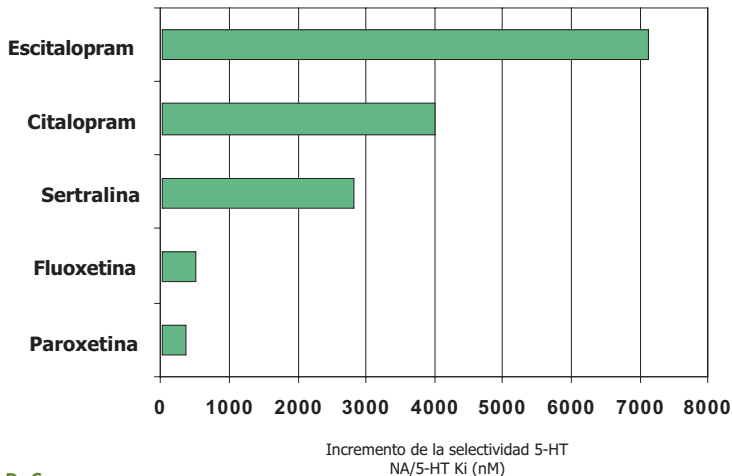
Nombre	Dosis (mg)	Indicaciones	Efectos secundarios diferenciales	Interacciones
Citalopram	20-60	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC	Menos disfunción sexual	Pocas interacciones
Escitalopram	10-20	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada	Menos disfunciones sexuales	Pocas interacciones
Fluoxetina	20-60	Bulimia nerviosa (TCA), depresión, TOC	Disminución de peso durante los primeros meses	Inhibidor del citocromo P450, evitar en epilepsia e insuficiencia hepática
Fluvoxamina	50-500	Depresión, TOC en adultos y niños de 6-17 años	Sedación, menos problemas sexuales, náuseas, mareo	Aumenta los valores de teofilina. Inhibidor del citocromo P450
Paroxetina	20-50	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC, trastorno de ansiedad social, TAG	Sedación, disfunciones sexuales, aumento de peso	Evitar en insuficiencia renal, inhibidor del citocromo P450
Sertralina	50-200	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC en adultos y niños, TEPT	Diarrea, menos problemas sexuales	Pocas interacciones

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. TEPT: Trastorno por estrés postraumático.

Modificada de Jones R. Managing depression in primary care. BMJ 2005;330:800-801.

Stahl SM. Depresión y trastornos bipolares, en Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. 2ª ed. Ariel. Neurociencia 2000.

Selectividad relativa de la afinidad por el transportador de 5-HT frente a NA



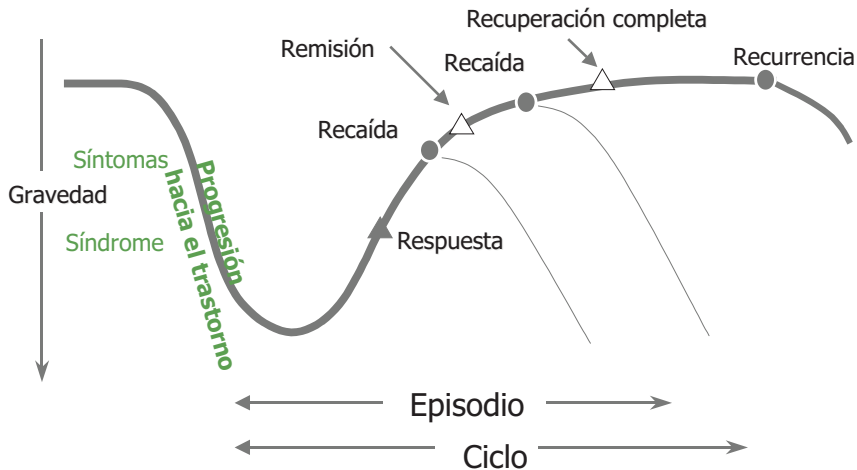
Características diferenciales de los inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (tricíclicos, tetracíclicos y heterocíclicos)

Nombre	Dosis mg	Indicación específica	Sedación	Efecto anticolinérgico	Efecto cardiovascular	Hipotensión
Amitriptilina	75-250	Dolor crónico	++++	++++	+++	++
Clorimipramina	75-250	Narcolepsia TOC	+++	+++	+++	++
Imipramina	75-250	Enuresis Angustia	++	++	+++	+++
Maprotriptilina	75-150		+++	++	++	+
Mianserina	30-120	Depresión en ancianos	+	+	+	
Trazodona	100-600	Insomnio, agitación en ancianos	++	+	+	++

Duración del tratamiento antidepresivo

Fase	Duración
Fase aguda: hasta la total remisión de los síntomas	6-12 semanas
Fase de continuación	6-9 meses tras la remisión a todos los pacientes a las mismas dosis
Fase de mantenimiento	Tras un único episodio grave o dos en menos de un año: 2-3 años Tras tres o más episodios en menos de 5 años: al menos 5 años (tienen un 90% de riesgo de sufrir una recaída) Primer episodio con más de 50 años: probablemente de por vida
Retirada del tratamiento	Siempre gradual, incluso más lentamente que a su inicio (completar en 3-8 semanas)

Terminología en el curso de la depresión



Curso y pronóstico de las depresiones unipolares (I)

- Inicio entre 30 y 40 años, pico máx incidencia 40 a 60 años
- Número de episodios menor que en bipolares
- Enfermedad crónica
- Tratamiento de mantenimiento disminuye el nº de episodios
- Duración de episodios: 3 y 6 meses, más en jóvenes, si recurrencias, si hay síntomas atípicos, rasgos neuróticos, ansiedad o enf. físicas
- Incidencia abril y diciembre, tendencia individual estacional

Curso y pronóstico de las depresiones unipolares (II)

- Se recuperan el 90% en 3 años
- Cronicidad sin tratamiento: 50%
- Mayor mortalidad que en sanos
- Tratamientos biológicos y TEC la disminuyen
- Suicidio: 1 de cada 10 depresivos graves (primeros estadios)
- Alta morbilidad asociada de enfermedades orgánicas

TEC: terapia electroconvulsiva

Factores predictores de recaídas, recurrencias y cronicidad en la depresión

Antecedentes familiares bipolaridad	Sexo femenino
Elevado número de episodios previos	Edad < 25 años o > 40 años
Gravedad del episodio	Duración de enfermedad antes del tratamiento
Tratamiento inadecuado o insuficiente	Recuperación lenta o incompleta
Delirios o alucinaciones	Patrón estacional
Acontecimientos vitales estresantes	Rasgos infantiles neuróticos o fóbicos
Comorbilidad física o somática	Neuroticismo, histeria, ansiedad
Ausencia de apoyo sociofamiliar	Implicación de factores psicosociales
Trastornos de personalidad	Actitudes disfuncionales
Persistencia de alteración neuroendocrina	Vulnerabilidad biológica
Tóxicos asociados	Vulnerabilidad cognitiva

Curso y pronóstico de las depresiones bipolares (I)

- En el 10% la depresión unipolar se transforma en depresión bipolar, 29% en depresiones mayores no psicóticas y 55% en depresiones psicóticas
- El cambio es más frecuente en los primeros episodios
- Debutan antes de los 50 años, con un episodio depresivo
- Sólo 1 de cada 4 debuta con un cuadro maniaco súbito
- Sin tratamiento el episodio maniaco dura semanas o meses
- Evolución crónica y curso recurrente con recuperaciones

Curso y pronóstico de las depresiones bipolares (II)

- Cada episodio dura unos 3 meses
- Suele haber tantos episodios depresivos como maníacos
- Con el tiempo aumenta la frecuencia de episodios
- De promedio: 9 episodios en la vida
- Un tercio evolucionan mal, con síntomas crónicos y deterioro social
- Los episodios de la enfermedad ocupan el 20% de su vida
- Alteraciones escolares, laborales, conyugales y abuso de alcohol

Curso y pronóstico de la depresión psicótica

- Hospitalización 50 a 60 días y mayor en ancianos
- Pronóstico desfavorable, disfunción psicosocial, peor respuesta al tratamiento
- Mayor cronicidad y recurrencias. Mayor tiempo de recuperación
- Sintomatología residual más grave. Más ingresos y suicidios
- Primer año: 64% de recuperación completa, a 5 años de tto.: 80%
- Depr. psicótica: predictor para la aparición de un trastorno bipolar

Curso y pronóstico de la distimia

- Curso crónico, a veces fluctuaciones
- Puede asociarse con enfermedades orgánicas o psiquiátricas
- El tratamiento antidepresivo ha mejorado mucho el pronóstico
- 1 de cada 4 pacientes no se recupera nunca completamente

Curso y pronóstico de los trastornos depresivos menores

- La mitad de pacientes mejora en 3 meses y una cuarta parte más en 6 meses
- Resto se cronifican en trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o síndrome somatomorfo

Derivación a Atención Especializada (I)

- Ideas autolíticas estructuradas o intentos previos en el seno de un cuadro depresivo severo
- Síntomas psicóticos acompañantes
- Depresión en el contexto de un trastorno bipolar
- Depresión atípica
- Trastorno de personalidad asociado
- Comorbilidad mental orgánica

Derivación a Atención Especializada (II)

- Abuso concomitante de sustancias
- Depresión recurrente
- Necesidad de un tratamiento psicoterapéutico reglado
- No respuesta al tratamiento en AP
- Siempre que el médico tenga dudas o no se sienta capaz de atender correctamente al paciente
- Cuando el paciente lo solicite expresamente

Criterios de derivación al equipo de Salud Mental (I)

¿Cuándo derivar?

- En la 1ª visita:
 - Cuando se trate de una verdadera urgencia
 - Cuando no existan garantías de apoyo familiar
- En visitas sucesivas:
 - Ante sintomatología psicótica
 - Sospecha de trastorno de personalidad
 - Comorbilidad psiquiátrica o médica severas

Criterios de derivación al equipo de Salud Mental (II)

¿Cómo derivar?

- Consulta directa previa con psiquiatra de referencia
- Informar a paciente y/o familiares
- Cumplimentar informe clínico escueto
- Garantizar nuestro apoyo al paciente y al psiquiatra

Criterios de derivación al equipo de Salud Mental (III)

67

Y después de la derivación ¿qué?

- Mantener contacto con psiquiatra para seguimiento
- Garantizar continuidad asistencial al paciente

Conclusiones depresión (I)

- Adoptar un lenguaje claro, sencillo y acorde con la cultura y circunstancias del paciente
- Transmitir seguridad y confianza al enfermo y su familia
- Eliminar los sentimientos de culpa del paciente en relación a la génesis del trastorno
- Desposeer la depresión de toda connotación moral
- Atención al lenguaje no verbal del paciente

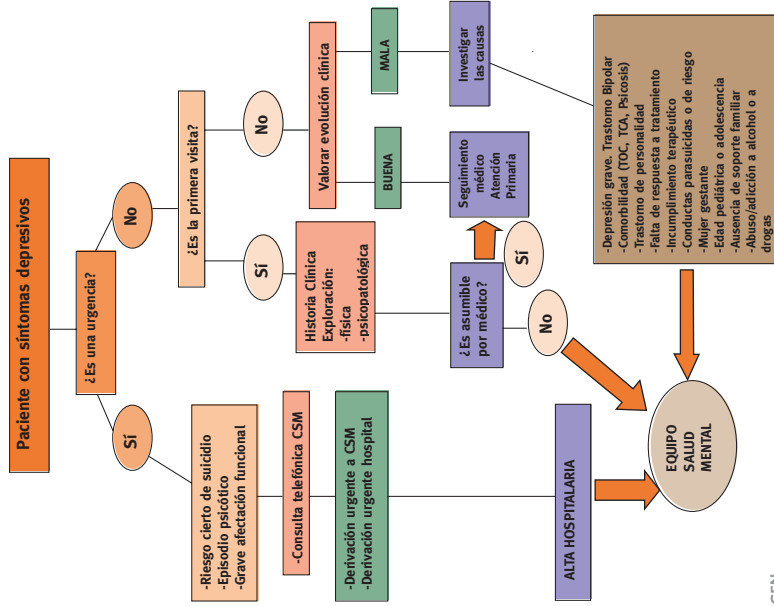
Conclusiones depresión (II)

- Explicar a la familia que la incapacidad del paciente es transitoria no forzándole a realizar actividades
- Ser siempre flexibles abordando los puntos conflictivos en los momentos más adecuados (consultas posteriores)
- Informar que la depresión es una enfermedad frecuente y modificable con el tratamiento
- Reseñar la importancia de la adherencia al tratamiento y su duración

Conclusiones depresión (III)

- Lograr un compromiso del paciente para el seguimiento terapéutico
- Descartar organicidad mediante la exploración física y los exámenes complementarios necesarios
- Ofrecer disponibilidad planificando citas concertadas
- Derivar a la unidad de salud mental cuando la gravedad del proceso o el paciente así lo requieran

Algoritmo de derivación del paciente depresivo



Epidemiología de trastornos de ansiedad

- Hasta un 50% de los pacientes atendidos en Atención Primaria presentan algún tipo de síntomas de ansiedad
- Entre un 5-10% de la población sufre o ha sufrido trastornos de ansiedad
- Entre un 5-20% de los pacientes ingresados en un hospital presentan síntomas de ansiedad

Ansiedad normal y patológica (I)

- Ansiedad normal → Función adaptativa ante amenaza o desafío externos
- Ansiedad patológica → { Amenaza no objetivable
Intensidad y/o duración inadecuada

Ansiedad normal y patológica (II)

	Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Desencadenante	Externo	Interno
Función	Adaptativa	No adaptativa
Duración	Adecuada	Inadecuada
Componente psíquico	+	+ + +
Componente físico	+	+ + +
Rendimiento	Mejora	Empeora
Intensidad	Leve	Profunda y persistente

Sospecha de síntomas de ansiedad: Formas de presentación (I)

- Síntomas médicamente inexplicados de excitación autonómica (90%):
 - Cardiacos (dolor torácico, palpitaciones, arritmia, falta de aliento)
 - Gastrointestinales (especialmente molestias epigástricas)
 - Neurológicos (cefalea, mareo/vértigo, síncope o parestesias)
 - Crisis de angustia
- Dolor (80%):
 - Epigástrico o en hipocondrio izdo, torácico, de espalda y cefalea
- Hiperfrecuentación (30%)

Sospecha de síntomas de ansiedad: Formas de presentación (II)

- Visitas al Servicio de Urgencias por quejas somáticas médicamente inexplicadas, particularmente dolor torácico
- Diagnósticos sugestivos de un trastorno de ansiedad:
 - Dolor torácico atípico (33-43%)
 - Hiperventilación
 - Síndrome del colon irritable (33%)
 - Fatiga crónica (13% - 29%)
 - Vértigo (13%)

Sospecha de trastorno de ansiedad: Factores de riesgo

- Antecedentes familiares de trastorno de ansiedad y/o alcoholismo (25%)
- Antecedentes de depresión y/o trastorno de ansiedad (18,8 veces más riesgo)
- Antecedentes de abuso del alcohol (21%)
- Edad de inicio de los síntomas: < 40 años

Cribado de trastorno de ansiedad: Preguntas "guía" (I)

- ¿Es Vd. una persona aprensiva/excitable/nerviosa? (Ansiedad)
- ¿Se encuentra habitualmente nervioso, asustado, tenso, ansioso?
- ¿Tiene dificultades para dormir, palpitaciones, falta de aire, sudores, tensión muscular?
- ¿Se preocupa mucho por lo que puede pasar? (Ansiedad generalizada)

Cribado de trastorno de ansiedad: Preguntas "guía" (II)

- ¿Ha experimentado un ataque brusco de falta de aire, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad, miedo intenso a perder el control, a morir, desmayarse, volverse loco? (Crisis de angustia)
- ¿Evita lugares (como centros comerciales) o situaciones (como las fiestas) que usted no puede soportar? (Evitación)
- ¿Cómo afectan a su vida diaria la ansiedad o conducta de evitación?
- ¿Le causan un malestar significativo? (Repercusión)

Cribado de trastorno de ansiedad: Preguntas "guía" (III)

- ¿Tiene pensamientos que le vienen a la cabeza una y otra vez y que considere anormal? (Obsesiones: pensamientos persistentes intrusos)
- ¿Repite acciones una y otra vez, sin poder evitarlo, como lavarse constantemente las manos, comprobar cosas...? (Compulsiones)
- ¿Tiene un miedo irracional a animales, alturas, ascensores, lugares cerrados, multitudes...? (Fobia)
- ¿Se siente molesto o turbado al ser el centro de atención? ¿Encuentra difícil relacionarse con la gente? (Ansiedad social)

Historia clínica

- Mostrar interés por el enfermo en su conjunto:
 - Síntomas somáticos
 - Aspectos psicológicos
 - Ambiente familiar, social y laboral
- Historia de la enfermedad:
 - Síntomas físicos y psíquicos de ansiedad
 - Inicio y curso de la ansiedad: después de los 40 años excluir causa orgánica
 - Episodios previos
 - Desencadenantes
- Personalidad premórbida: inseguridad, inmadurez, dependencia
- Acontecimientos vitales: especialmente el año previo
- Medicaciones, productos de herbolario, hábitos tóxicos y alimentos

Exploración

- Exploración física sistemática, especialmente la neurológica
- Exploración psicopatológica
- Exploraciones complementarias:
 - Analítica: hemograma, iones, glucemia, creatinina, calcio y perfil hepático, TSH, básico de orina
 - Electrocardiograma
- Escalas de ansiedad: sólo sirven para identificar la ansiedad general
 - Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
 - Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Versión española de Conde)
 - Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad (HAMA)

Enfermedades orgánicas relacionadas con trastornos de ansiedad

- Tumores
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades endocrinas
- Infecciones
- Enfermedades cardiorrespiratorias
- Deficiencias vitamínicas
- Colagenopatías

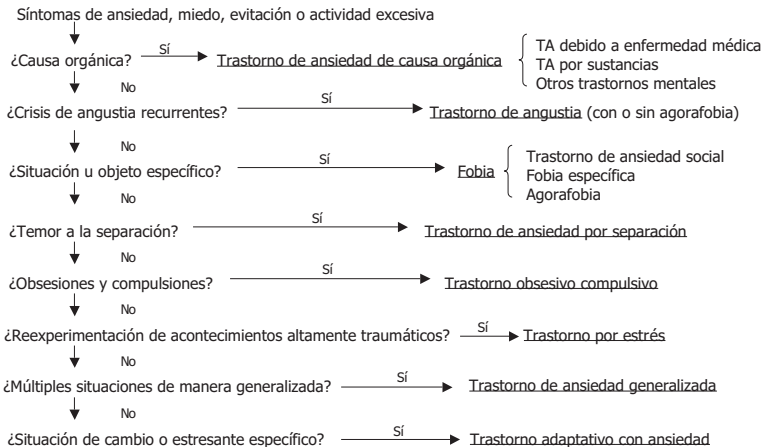
Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias

- **Iatrogenia medicamentosa:**
antibióticos, digoxina, corticoides, teofilina, hormonas tiroideas, AINE
- **Abuso de sustancias:**
anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cocaína
- **Síndrome de abstinencia:**
alcohol, hipnóticos, ansiolíticos
- **Sustancias tóxicas:**
órgano fosforados, CO₂, arsénico, metales pesados

Trastornos de ansiedad

Trastorno	Descripción	Preguntas útiles
Trastorno de angustia	Los síntomas ocurren primariamente durante las crisis de angustia	¿Tiene momentos en los que bruscamente se siente asustado, con gran ansiedad, falta de aire, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad y miedo a morir?
Trastorno de ansiedad social	Temor acusado y persistente por situaciones sociales o actuaciones que pueden ser embarazosas	¿Le preocupa sentirse violento en una situación social o actuación en público?
Fobia específica	Temor acusado y persistente de un objeto o situación específicos	¿Tiene temores excesivos o irracionales de objetos o situaciones específicas?
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos, ideas, impulsos o imágenes persistentes e intrusivos asociados con conductas repetitivas para reducir el malestar	¿Está preocupado por pensamientos recurrentes y/o conductas repetitivas?
Trastorno de estrés postraumático	Exposición a un acontecimiento traumático que es reexperimentado persistentemente con síntomas de ansiedad que duran más de 1 mes	¿Tiene malestar provocado por la reexperimentación de algún acontecimiento traumático del pasado?
Trastorno de estrés agudo	Exposición a un acontecimiento traumático que es reexperimentado persistentemente con síntomas de ansiedad que duran de dos días a cuatro semanas y aparecen en las cuatro semanas que siguen al acontecimiento	¿Tiene malestar provocado por la reexperimentación de algún acontecimiento traumático del pasado?
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación persistente y excesiva ("libre flotante") ante múltiples situaciones y acontecimientos, durante al menos 6 meses que provocan deterioro funcional	¿Tiene episodios de nerviosismo o preocupación excesiva ante múltiples situaciones o acontecimientos?

Algoritmo de la ansiedad (DSM-IV TR)



Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad

- De las formas clínicas de los trastornos de ansiedad
- Con aquellas inducidas por enfermedad orgánica
- Con trastornos por iatrogenia, abuso o abstinencia de sustancias
- Trastornos depresivos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos de personalidad
- Trastornos psicóticos
- Trastornos adaptativos

Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria (I)

- Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en Atención Primaria:

Psicoeducación. Terapia de Resolución de Problemas y Terapia Interpersonal

- Identificación de los síntomas emocionales
- Identificación de los problemas focales
- Desarrollo de estrategias de resolución de problemas

Técnicas de relajación

- Control de la respiración
- Relajación muscular progresiva Jacobson

Ejercicio físico en el contexto de TCC

Bibliografía basada en la TCC

Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria (II)

- Terapia de apoyo, manejo psicoterapéutico, relación médico-paciente
- Grupos autoayuda, reuniones periódicas, comunicación tfno., gimnasia
- Consejo terapéutico o Counselling, intervención breve, focalizada
- Psicoterapia en Servicios de Salud Mental

Factores relevantes en el tratamiento farmacológico (I)

- Edad del paciente
- Respuesta a tratamientos previos
- Perfil de seguridad más favorable
- Preferencias del paciente
- Eficiencia en coste y efectividad
- Información de efectos adversos y síntomas de abstinencia
- Información del retraso de efecto terapéutico y duración del tratamiento

Factores relevantes en el tratamiento farmacológico (II)

- Inicio dosis baja e incremento progresivo
- Mantenimiento mínimo 6 meses, posteriormente, reducción paulatina
- Síndrome de abstinencia leve: tranquilizar, vigilar síntomas
- Abstinencia intensa: reintroducir el fármaco en dosis crecientes
- Si no mejoría tras 3 meses: cambiar fármaco o aplicar otra terapia
- Monitorización y seguimiento en las 2, 4, 6 y 12 semanas, 2 y 3 meses

Tratamiento farmacológico de la crisis de angustia (I)

Benzodiazepinas

- Alprazolam inicio: 1,5 mg/d y dosis media: 4 a 6 mg/d en 3 tomas
- Clonazepam dosis media es de 1 a 3 mg/d, en 2 tomas al día
- Lorazepam dosis media de 7 mg/d repartidos en 2 ó 3 tomas

Tratamiento farmacológico de la crisis de angustia (II)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- Citalopram dosis inicial 10 hasta 60
- Escitalopram dosis inicial 5 hasta 20
- Paroxetina dosis inicial 10 hasta 50
- Sertralina dosis inicial 25 hasta 200

Tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada (I)

- Benzodiazepinas
 - No más de 4-6 semanas
- Agentes serotoninérgicos
 - Buspirona: Dosis media: 20 a 40 mg/d
 - Efecto terapéutico tarda 2 a 6 semanas
 - Útil en abuso de sustancias tóxicas
- Antidepresivos tricíclicos y sus derivados
 - Imipramina
 - Amitriptilina

Tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada (II)

- Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)
 - Escitalopram (10-20 mg) y paroxetina (20-50 mg)
- Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina
 - Venlafaxina: dosis de 75 a 150 mg/d
- Betabloqueantes:
 - Propranolol dosis media 20-160 mg/d
- Agonistas alfa 2 adrenérgicos
- Otros: neurolépticos, antihistamínicos, nuevos ansiolíticos (beta-carbolinas), sulpiride

Tratamiento del trastorno de ansiedad social y fobias específicas

- Tratamiento psicológico:
 - Terapia Cognitivo Conductual en adultos: Exposición in vivo y desensibilización sistemática. Técnica de Realidad Virtual
 - En niños y adolescentes: Modelado participante y Moldeamiento con reforzamiento positivo y extinción. Autoayuda.
- Tratamiento farmacológico:
 - Trastornos de ansiedad social simples en adultos:
 - Alprazolam
 - Bromazepam puntual
 - Escitalopram
 - Paroxetina
 - Propanolol

Tratamiento de estrés agudo y del estrés en general

- Tratamiento psicológico:
 - Terapia Cognitivo Conductual: inoculación al estrés y Activación conductual. Autoayuda.
- Tratamiento farmacológico:
 - Alprazolam
 - Diazepam durante breve periodo
 - Lorazepam

Tratamiento del trastorno por estrés postraumático y la ansiedad de separación social y por trastorno adaptativo

- Tratamiento psicológico:
 - Terapia Cognitivo Conductual en adultos: exposición in vivo, inoculación del estrés y desensibilización sistemática. Asesoramiento y elaboración de la resolución del problema. Remodelado social y reinserción en el entorno
 - En niños y adolescentes: modelado participante y entrenamiento familiar en manejo de ansiedad. Técnicas de autoayuda
- Tratamiento farmacológico:
 - Amitriptilina, fenotiazina, mirtazapina y paroxetina
 - Si insomnio, trazodona
 - Si hiperactividad autonómica severa, propranolol o clonidina

Tratamiento farmacológico de la ansiedad en situaciones especiales (I)

- Embarazo:
 - Evitar fármacos en primer trimestre
 - ¿Consentimiento informado?
 - Fluoxetina, paroxetina y sertralina
 - Buspirona más segura que benzodiazepinas
 - Lorazepam es la benzodiazepina más segura

- Lactancia:
 - Fluvoxamina, paroxetina y sertralina en toma nocturna
 - Si uso de benzodiazepinas, indispensable suspender la lactancia natural

Tratamiento farmacológico de la ansiedad en situaciones especiales (II)

- Edad infanto-juvenil:
 - Intervenciones psicoterapéuticas, familiares y pedagógicas
 - Consentimiento paterno
 - Preferible ISRS
 - Sertralina en TOC

- Ancianos:
 - ISRS en trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y TOC
 - Si se precisa benzodiazepinas, lorazepam, (dosis 0,5 a 5 mg/d)
 - Monitorización efectos secundarios
 - Mitad de dosis
 - Evaluar respuesta 2- 4 semanas

Tratamiento farmacológico de la ansiedad en situaciones especiales (III)

- Abuso de sustancias:
 - Supresión del tóxico y ajuste farmacológico
 - ISRS
 - Alternativa: buspirona, imipramina o tiaprida
 - Evitar benzodiazepinas, salvo abstinencia
 - Si hay problemas hepáticos, lorazepam

Tratamiento en los trastornos de ansiedad con enfermedades orgánicas asociadas (I)

- Accidente cerebrovascular: ISRS, nortriptilina, venlafaxina. Evitar benzodiazepinas (confusión)
- Bulimia: Fluoxetina
- Cáncer: Antidepresivos sedantes y con efecto antiálgico (amitriptilina, doxepina). Benzodiazepinas
- Cardiopatía: ISRS. Nortriptilina y mianserina. Evitar ADT
- Demencia: ISRS o venlafaxina. Evitar antidepresivos anticolinérgicos. Benzodiazepinas agravan la confusión y alt percepción
- Diabetes: ISRS, fluoxetina aumenta la glucemia
- Dolor crónico: ATC (amitriptilina, imipramina)
- EPOC: Utilizar alternativas (Psicoterapia). Evitar benzodiazepina por la depresión respiratoria

Tratamiento en los trastornos de ansiedad con enfermedades orgánicas asociadas (II)

- Epilepsia. Clonazepam, diazepam ISRS. Evitar maprotilina y clomipramina
- Glaucoma: ISRS. Evitar antidepresivo anticolinérgico
- Hipertrofia prostática: ISRS. Evitar antidepresivo anticolinérgico
- Insuficiencia hepática: ISRS. Como alternativa ATC a dosis reducidas.
Lorazepam. Evitar ansiolíticos vida media larga
- Insuficiencia renal: Evitar dosis elevadas. Antidepresivos a mitad de dosis
- Migraña: ATC (Amitriptilina, Imipramina)
- Obesidad: Fluoxetina
- Parkinson: Nortriptilina. Como segunda elección, ISRS (sertralina)
- Sida: ISRS con dosis inicial muy baja. Evitar antidepresivos o anticolinérgico
- Traumatismo craneoencefálico: ISRS. Evitar benzodiazepinas

Derivación a Salud Mental (I)

- Ansiedad de niños, adolescentes y embarazadas
- Consumo de tóxico o abuso de sustancias
- Pacientes susceptibles de psicoterapia
- Ansiedad 3 meses sin mejoría, tras 2 tratamientos sucesivos
- Gran disfuncionalidad y recurrencias (agorafobia, trast. angustia, ansiedad social o fobia simple)
- Ansiedad con ideación suicida franca, auto o heteroagresividad

Derivación a Salud Mental (II)

- Cuadros psicóticos, trast. de la conducta alimentaria, trast. de la personalidad, trastorno severo (depresión mayor, trast. angustia cronicados, trast. obsesivo-compulsivo, trast. por estrés postraumático)
- No poder seguir el tratamiento en régimen ambulatorio
- Dificultad en la valoración de la incapacidad laboral
- A petición del paciente, cuando falta la confianza en el profesional

Conclusiones trastornos de ansiedad (I)

- Elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad
- Facilitar el discurso y la verbalización en las primeras consultas
- Neutralizar primero las ansiedades más intensas del paciente
- Explicar el significado de ansiedad y tranquilizar al paciente
- No contagiarnos de su ansiedad

Conclusiones trastornos de ansiedad (II)

- Disolver ideas erróneas acerca de sus síntomas somáticos
- Enseñarle técnicas de relajación y respiración para controlar algunos de sus síntomas
- Animar al paciente a realizar cambios positivos en su vida
- Favorecerle una conducta asertiva en sus relaciones amistosas y sociales

Conclusiones trastornos de ansiedad (III)

- Importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar su cronificación y comorbilidad
- Se aconseja utilizar ISRS y fármacos de acción dual (IRSN) asociados a benzodiazepinas hasta que el efecto de los primeros sea óptimo (8-12 semanas)
- Apoyo de terapias psicológicas (cognitivo-conductuales)
- La duración del tratamiento puede ser entre 1-2 años

Prevención primaria

- Fomento de la salud:
 - Medidas de política sanitaria
- Protección específica:
 - Prevención primaria propiamente dicha
Objetivo: disminuir los factores de riesgo
 - Promoción de la salud
Objetivo: reforzar los factores protectores
o de contención

Factores de vulnerabilidad

- Pobre relación con el confidente o falta de él
- Nulo o difuso soporte social
- Vivir solo
- Pobre relación con los miembros de la comunidad
- Presencia en el hogar de 3 o más hijos menores de 14 años
- Pérdida parental por muerte antes de los 11 años
- Separación de uno o ambos padres durante más de un año antes de los 11 años
- Desempleo de la pareja
- Anterior contacto con los servicios de salud por "nervios"
- Baja autoestima

Factores de riesgo psicosocial

- Características sociodemográficas
- Acontecimientos vitales y factores estresantes crónicos

Características sociodemográficas

- Género
 - Mayor prevalencia de la depresión en la mujer
- Edad
 - Mayor incidencia de la sintomatología depresiva en adultos jóvenes (18-44 a.)
- Otras características
 - No hay evidencias de que otras variables, como religión, raza, etc. se acompañen de una mayor incidencia

Acontecimientos vitales y factores estresantes (I)

Las características que convierten a un estímulo en estresante son:

- Incertidumbre
- Cambio
- Falta de información
- Sobrecarga de los canales de procesamiento
- Falta de conductas para hacer frente al estímulo
- Combinación de las características anteriores

Acontecimientos vitales y factores estresantes (II)

- Factores predisponentes
 - Pérdida parental
 - Factores ambientales indicadores de adversidad infantil (abusos, pobre percepción de su rol en la familia...)
- Factores precipitantes:
 - El mejor predictor de una futura depresión es la historia previa de depresión

Recursos personales

- Soporte social
- Habilidades sociales
 - Conductas-estrategias de afrontamiento
- Personalidad

1. **DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cipralex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para excipientes, ver apartado 5.1. Lista de excipientes. 3. **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. Cipralex 10 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EL" por una cara. Cipralex 15 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "EM" por una cara. Cipralex 20 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E" por una cara. 4. **DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. 4.2. **Posología y forma de administración.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Cipralex se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Ancianos (> 65 años de edad).** Se deben considerar tanto el inicio del tratamiento con la mitad de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de Cipralex en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** Cipralex no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. (Ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **En caso de insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (Cl_{CR} menor a 30 ml/min). **En caso de insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Retirada.** Cuando deba interrumpirse el tratamiento con Cipralex, la dosis debe disminuirse de forma gradual durante un período de 1 o 2 semanas, con el fin de evitar posibles síntomas de retirada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). 4.3. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los IRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** Cipralex no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas (intento de suicidio e ideas de suicidio), y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e imitación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico paradójico (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los IRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con IRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los IRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de IRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un IRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Ideas suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio. El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general de todas las terapias antidepressivas. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento del riesgo de conductas suicidas. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se traten pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de conductas o pensamientos suicidas o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. No hay datos suficientes respecto al riesgo de conductas relacionadas con suicidio en el tratamiento de pacientes nuevos, pero debería asegurarse una monitorización cuidadosa. Pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de ideas/conductas suicidas o pensamientos de autolesión y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Hiponatremia.** Con el uso de IRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con IRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales,

con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptófano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban ISRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Reacciones de retirada.** Cuando se interrumpe la terapia con Ciprexal la dosis debería reducirse gradualmente durante un período de una o dos semanas para evitar posibles reacciones de retirada (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacciones farmacodinámicas. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminoxidasa (IMAO), y también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3. Contraindicaciones). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8. Reacciones adversas). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, no está recomendada (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precauciones de uso: Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con citalopram racémico. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán y otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.j. antidepresivos (tricíclicos, ISRS), neurolepticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenanos), melfloquina, bupropión y tramadol). **Litio, triptófano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (e.j. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecaicida, propafenona, y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.j. antidepresivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridacina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **6.6. Embarazo y lactancia Embarazo.** Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazos. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. Ciprexal no debería usarse durante el embarazo a no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. El uso de ISRS en el tercer trimestre del embarazo, podría producir en el recién nacido un síndrome de retirada, incluyendo trastornos neuro-conductuales. Los siguientes efectos fueron observados en neonatos de mujeres embarazadas que recibieron ISRS hasta su nacimiento: irritabilidad, temblor, hipertonia, incremento del tono muscular, lloro constante, dificultad en la succión o en el sueño. Pueden indicar efectos serotoninérgicos o un síndrome de retirada. Debería observarse al neonato si la madre ha usado escitalopram al final del embarazo. Si se usan ISRS durante el embarazo, nunca deben interrumpirse bruscamente. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Tras la administración prolongada, la interrupción brusca de los ISRS puede ocasionar una reacción de retirada en algunos pacientes. Aunque esta reacción de retirada puede producirse al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los ISRS provoquen dependencia. En algunos pacientes se han observado síntomas de retirada (mareos, cefaleas y náuseas) después de una interrupción brusca del tratamiento con escitalopram. La mayoría fueron leves y autolimitados. A fin de evitar reacciones de retirada, se recomienda disminuir gradualmente la dosis

administrada a lo largo de 1-2 semanas. Las siguientes reacciones adversas ocurrieron con mayor frecuencia con escitalopram que con placebo en los estudios doble ciego controlados con placebo. Las siguientes frecuencias no están corregidas con respecto al placebo. **Trastornos del metabolismo y nutricionales.** Frecuentes (>1/100, <1/10): disminución del apetito. **Trastornos psiquiátricos.** Frecuentes (>1/100, <1/10): hombres y mujeres: disminución de la libido. Mujeres: anorgasmia. **Trastornos del sistema nervioso.** Frecuentes (>1/100, <1/10): insomnio, somnolencia, mareos. No Frecuentes (>1/1000, <1/100): trastornos del gusto, trastornos del sueño. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Frecuentes (>1/100, <1/10): sinusitis, bostezos. **Trastornos gastrointestinales.** Muy frecuentes (>1/10): náuseas. Frecuentes (>1/100, <1/10): diarrea, estreñimiento. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** Frecuentes (>1/100, <1/10): aumento de la sudoración. **Trastornos del sistema reproductor y de la mama.** Frecuentes (>1/100, <1/10): hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. **Trastornos generales y en el sitio de administración.** Frecuentes (>1/100, <1/10): fatiga, pirexia. Las siguientes reacciones adversas corresponden al grupo terapéutico de los ISRS: Trastornos del metabolismo y nutricionales - Hiponatremia, secreción inadecuada de ADH. Trastornos psiquiátricos - Alucinaciones, manía, confusión, agitación, ansiedad, despersonalización, crisis de angustia, nerviosismo. Trastornos del sistema nervioso - Convulsiones, temblor, alteraciones del movimiento, síndrome serotoninérgico. Trastornos oculares - Alteraciones de la visión. Trastornos vasculares - Hipotensión postural. Trastornos gastrointestinales - Náuseas, vómitos, sequedad de boca, diarrea y anorexia. Trastornos hepato-biliares - Pruebas de la función hepática alteradas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo - Erupción, equimosis, prurito, angioedema, sudoración. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo - Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios - Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de la mama - Galactorrea, disfunción sexual, incluyendo impotencia, trastornos de la eyaculación, anorgasmia. Trastornos generales y en el sitio de administración - Insomnio, mareos, fatiga, somnolencia, reacciones anafilácticas. **4.9. Sobredosis. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados. Sin embargo, se ha observado que se han ingerido dosis de 190 mg de escitalopram sin que se haya informado de ningún síntoma grave. **Síntomas.** Síntomas de sobredosisación con citalopram racémico (> 600 mg): mareos, temblor, agitación, somnolencia, pérdida de consciencia, convulsiones, taquicardia, cambios en el segmento ST-T del ECG, ensanchamiento del complejo QRS, alargamiento del intervalo QT, arritmias, depresión respiratoria, vómitos, rabdomiolisis, acidosis metabólica, hipokaliemia. Es previsible que la sobredosisación con escitalopram presente la misma sintomatología. **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Debe considerarse el uso de carbón activo. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACEUTICOS. 5.1. Lista de excipientes. Núcleo:** Celulosa microcristalina, Sílice coloidal anhidra, Talco, Croscarmelosa de sodio, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa, Macrogol 400, Dióxido de titanio [E-171]. **5.2. Incompatibilidades.** No se han descrito. **5.3. Período de validez.** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Blister de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche; 14, 28, 56, 98 comprimidos. Dosis única 49x1, 100x1, 500x1 comprimidos (10, 15 y 20 mg). Blister de PVC/PE/PVdC/Aluminio (blanco), incluido en un estuche; 14, 20, 28, 50, 100, 200 comprimidos (10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno; 100 (10, 15 y 20 mg), 200 (10 mg) comprimidos. Pueden no estar comercializados todos los formatos. **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605. 08028 Barcelona. España. **7. NUMERO(S) DEL REGISTRO.** Ciprex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Ciprex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Ciprex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Ciprex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / Ciprex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / Ciprex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Ciprex 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 23,01€, P.V.P. IVA 23,93€. Ciprex 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 34,51€, P.V.P. IVA 35,89€. Ciprex 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 46,01€, P.V.P. IVA 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Cicero de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero de 2006.

1. Kasper S, Spadone C, Verpillat P, Angst J. Onset of action of escitalopram compared with other antidepressants: results of a pooled analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21(2): 105-10. 2. Gorman JM, Korotzer A, Su G et al. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo - controlled trials. *CNS Spectr* 2002 ; 7: 40-4. 3. Kennedy SH, Andersen HF, Lam RW. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31(2): 122-31.

representaciones de 10 mg, 15 mg y 20 mg - 28 comprimidos ranurados.

INDICACIONES	INICIO	MANTENIMIENTO
Depresión	10 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de angustia con o sin agorafobia	5 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	10 mg/día	10-20 mg/día
Trastorno de ansiedad generalizada	10 mg/día	10-20 mg/día



1 toma única diaria

Lundbeck  Ciprex escitalopram



En depresión y ansiedad,

**rapidez y
potencia**
son decisivas

- Cipralex® mejora los síntomas de depresión y ansiedad **desde la primera semana** ^(1,2)
- Cipralex® es **más eficaz que los ISRS convencionales** (paroxetina, sertralina, fluoxetina y citalopram) ⁽³⁾
- Cipralex® es **mejor tolerado que los ISRS convencionales** (paroxetina, sertralina, fluoxetina y citalopram) ⁽³⁾

Lundbeck  **Cipralex®**
escitalopram



SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN
Guía rápida

