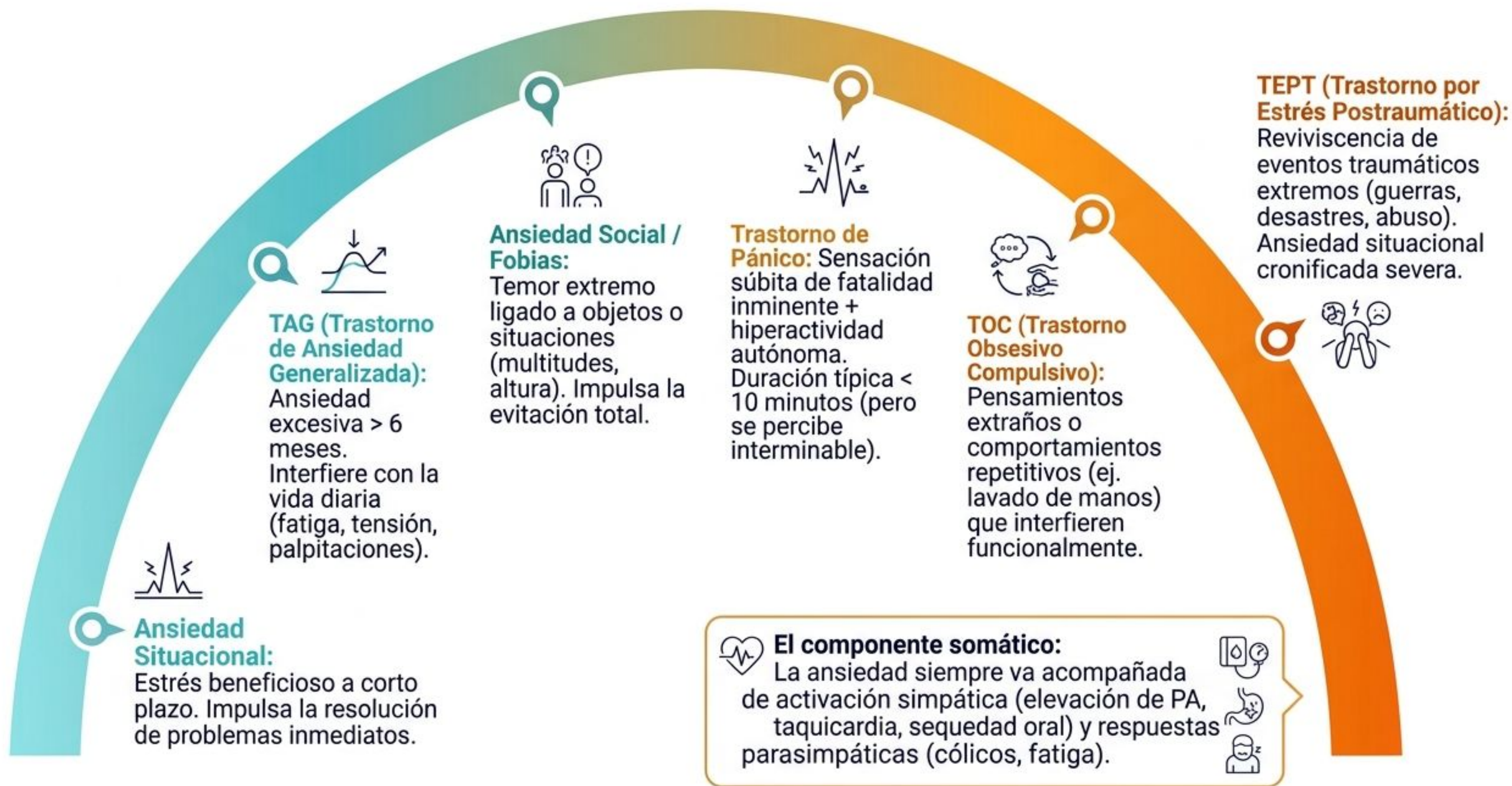


Farmacoterapia de la Ansiedad y el Insomnio

Intervenciones Clínicas y Proceso de Enfermería

Prof Romina Franzon



NEUROANATOMÍA DEL ESTRÉS: EL SISTEMA LÍMBICO Y EL SRA

SISTEMA LÍMBICO

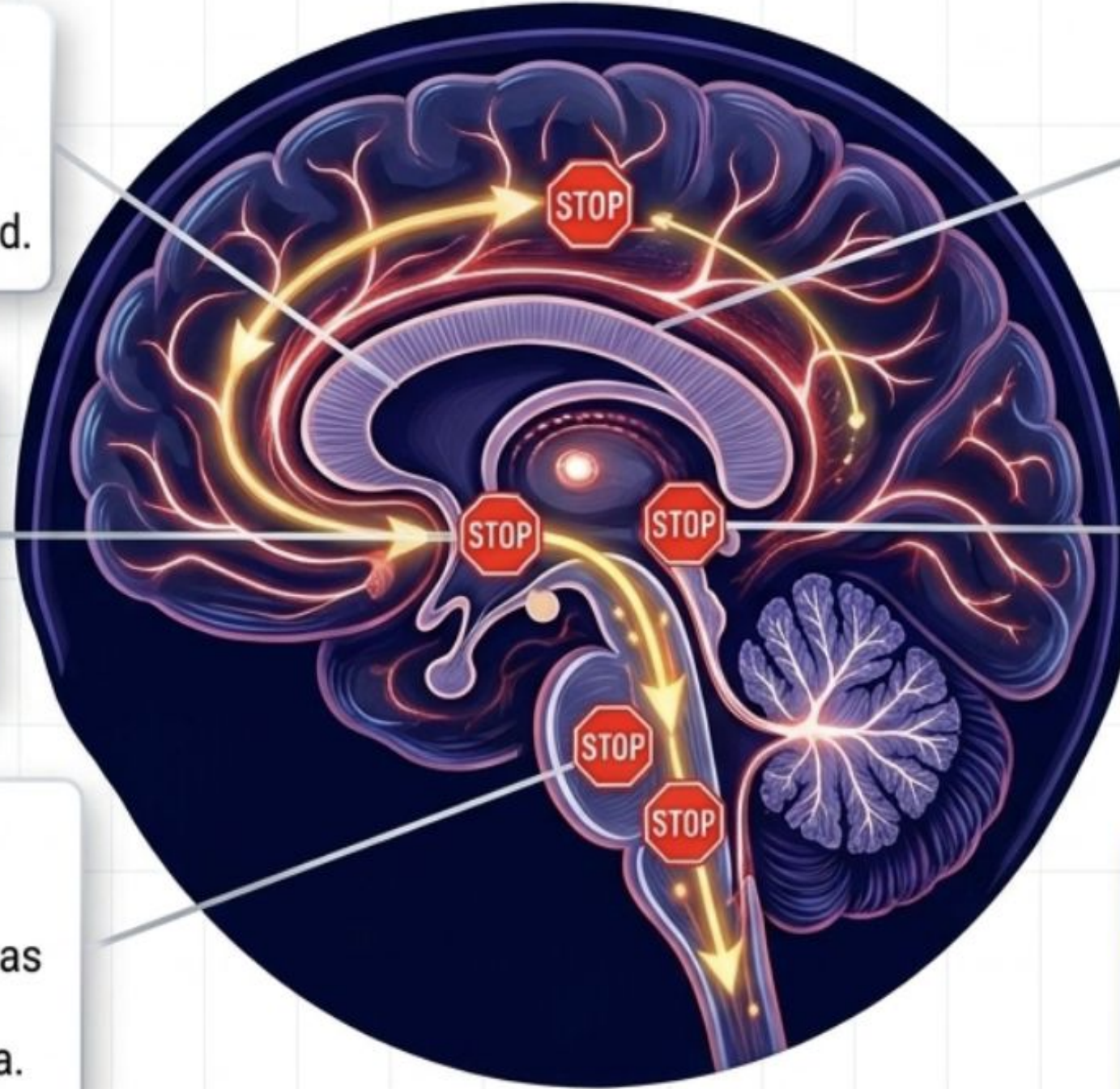
El **Centro de Emoción**. Procesa el aprendizaje, la memoria y expresiones de miedo, ira o ansiedad.

HIPOTÁLAMO

El **Centro de Respuesta**. Activa respuestas autónomas involuntarias (aumento de PA, taquicardia, pupilas dilatadas).

SISTEMA RETICULAR ACTIVADOR (SRA)

El **Centro de Alerta**. Red de neuronas desde el tallo cerebral hasta el tálamo. Regula el sueño y la vigilia.



SISTEMA LÍMBICO

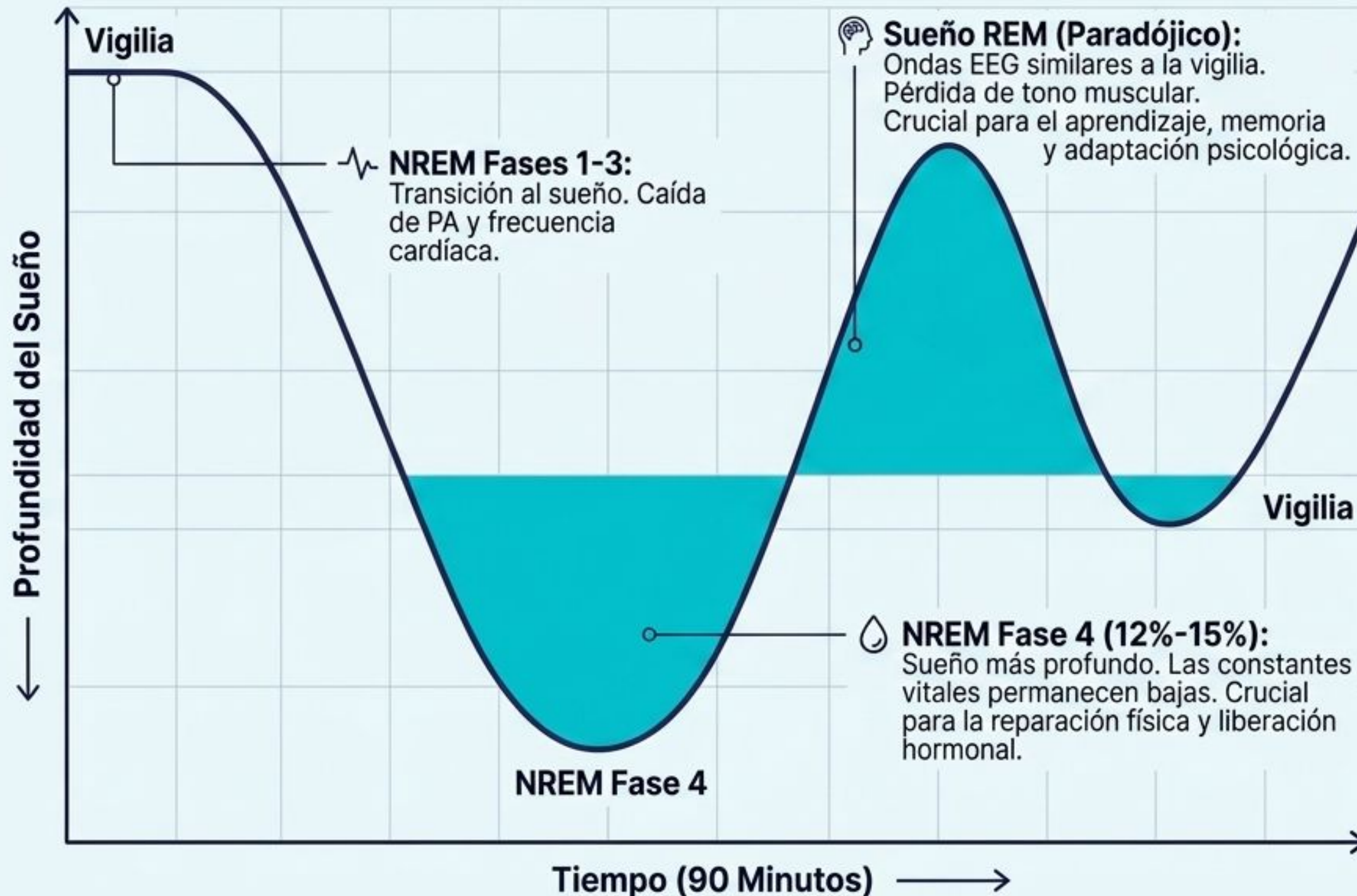
El **Centro de Emoción**. Procesa el aprendizaje, la memoria y expresiones de miedo, ira o PA.

HIPOTÁLAMO

El **Centro de Respuesta**. Activa respuestas autónomas involuntarias (aumento de PA, taquicardia, pupilas dilatadas).

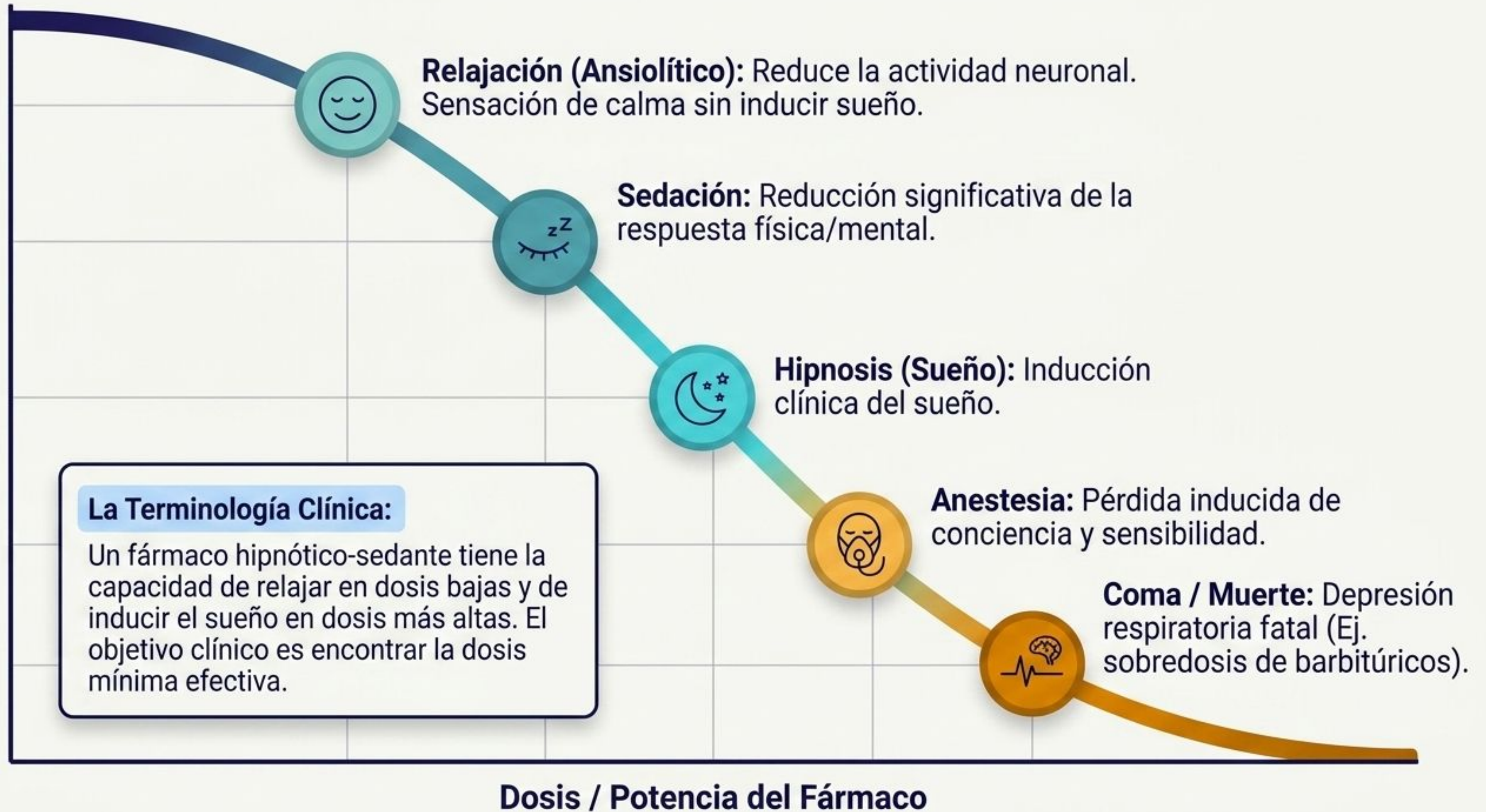
Si se impide el paso de señales a través del SRA, la **actividad cerebral general** se reduce, induciendo la calma o el sueño.

Sueño ciclo del Sueño

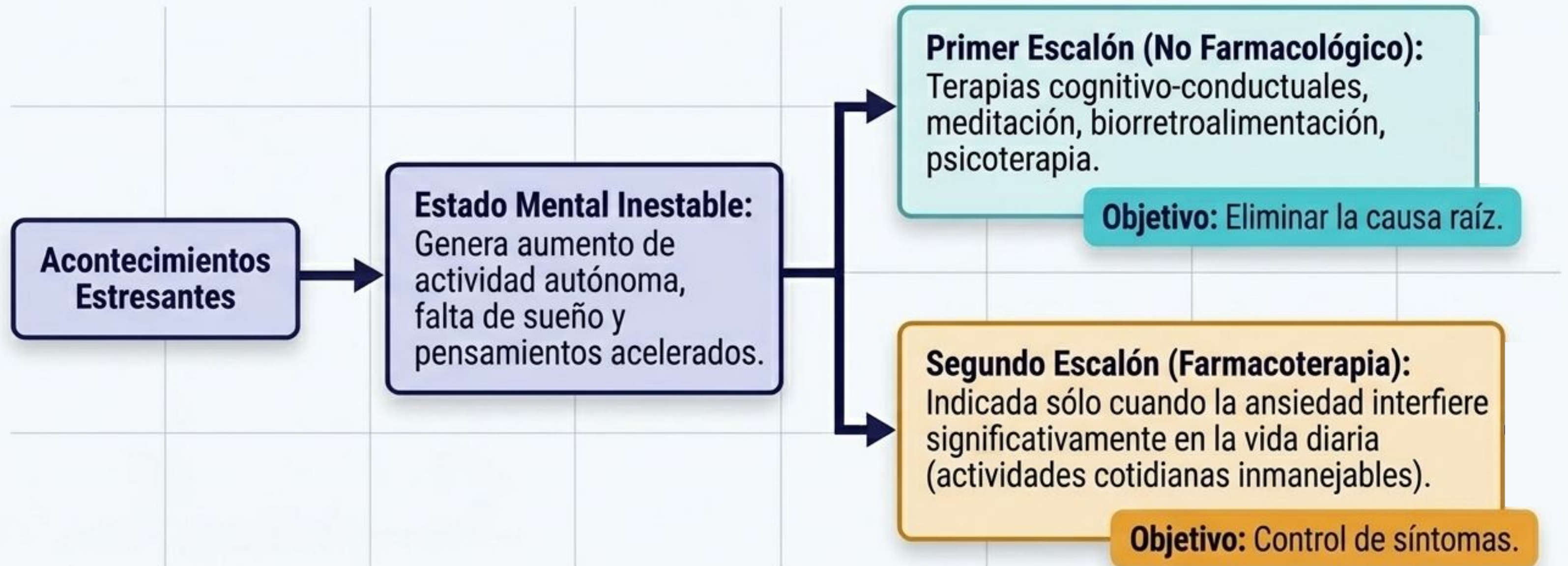


⚠ El Rompecabezas del Insomnio

- 💡 **Insomnio Conductual (Corto plazo):**
Causado por estilo de vida, estrés, cafeína, comidas pesadas (aumento metabólico). La mente está demasiado activa.
- 🧠 **Insomnio Crónico (Largo plazo):**
Asociado a depresión, manía o dolor crónico.
- 🧠 **Peligro de la privación de REM:**
Irritabilidad, paranoia, alteración del juicio, ensueños diurnos compensatorios.
- 📝 **Nota clínica:** La falta crónica de sueño reduce la sensibilidad a la insulina hasta un 40%.

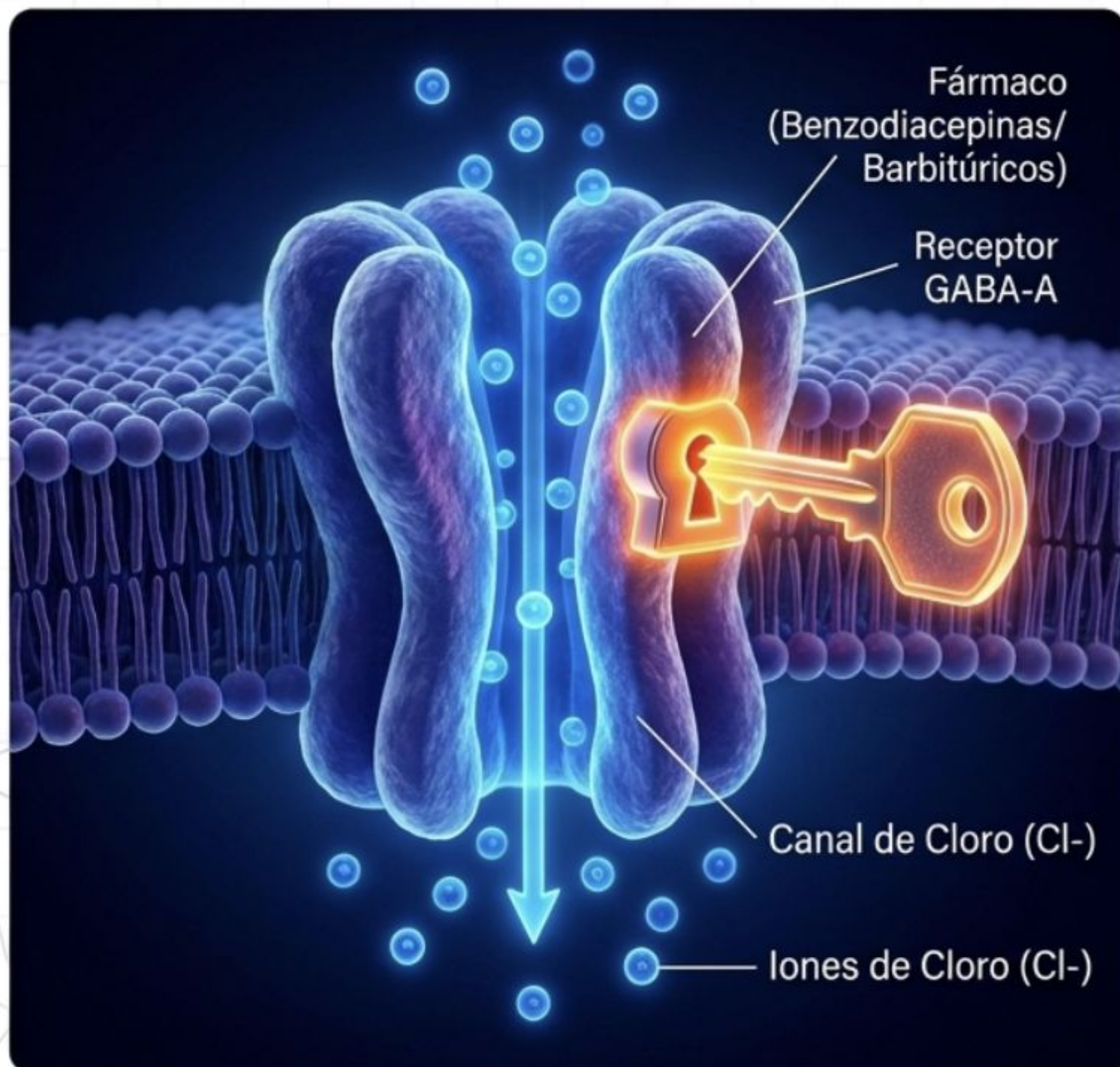


Abordaje Integral de la Ansiedad



Dato Clínico: Los ansiolíticos proporcionan un alivio temporal crítico, pero no curan el problema psicológico de base.

MECANISMO DE ACCIÓN: EL CANAL DE CLORO Y GABA



1

Paso 1: El Freno Natural

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro.

2

Paso 2: Unión del Fármaco

Benzodiacepinas y Barbitúricos no actúan solos; se unen a sitios específicos del receptor GABA.

3

Paso 3: Apertura del Canal

Se abre el canal iónico, permitiendo la entrada masiva de iones de cloro (Cl^-) a la neurona.

4

Paso 4: Hiperpolarización

La célula se vuelve menos excitable (depresión de la actividad neuronal límbica y del SRA).



CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA: MATRIZ DE INTERVENCIÓN

	 Antidepresivos (ISRS, ATC, IMAO)	 Benzodiacepinas	 Barbitúricos	 No Benzodiacepínicos (Fármacos Z)
Fármaco Prototípico	Escitalopram	Loracepam	Fenobarbital	Zolpidem
Mecanismo Principal	Modulación de Serotonina/Noradrenalina	Intensificación de GABA	Intensificación de GABA (alta potencia)	Agonista selectivo de GABA
Perfil de Adicción	Muy bajo	Moderado (Lista IV)	Muy Alto (Lista II)	Bajo/Moderado
Indicación Primaria	Ansiedad crónica, Pánico, TEPT	Ansiedad aguda, Insomnio corto plazo	Sedación histórica (raro uso actual)	Insomnio exclusivo

Antidepresivos: La Primera Línea para la Ansiedad Crónica

Fármaco Prototípico - Escitalopram (ISRS)

- **Acción:** Aumenta serotonina en la hendidura sináptica sin efectos simpaticomiméticos.
- 🕒 **Farmacocinética:** Pico en 5h, semivida de 25-35h. Efecto estable en 1 semana.
- ⚡ **Interacciones:** Evitar alcohol, riesgo de síndrome serotoninérgico con IMAO o Hierba de San Juan.



ISRS (Citalopram, Fluoxetina)



Fármacos de elección. Más seguros, menos efectos anticolinérgicos. Alerta FDA: Riesgo de ideación suicida al inicio.



ATC (Imipramina, Amitriptilina)



Efectivos pero con molestos efectos anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa). Desaconsejados en antecedentes de infarto.



IMAO (Fenelcina)



Rara vez usados por toxicidad. Restricción estricta de tiramina dietética para evitar crisis hipertensivas.

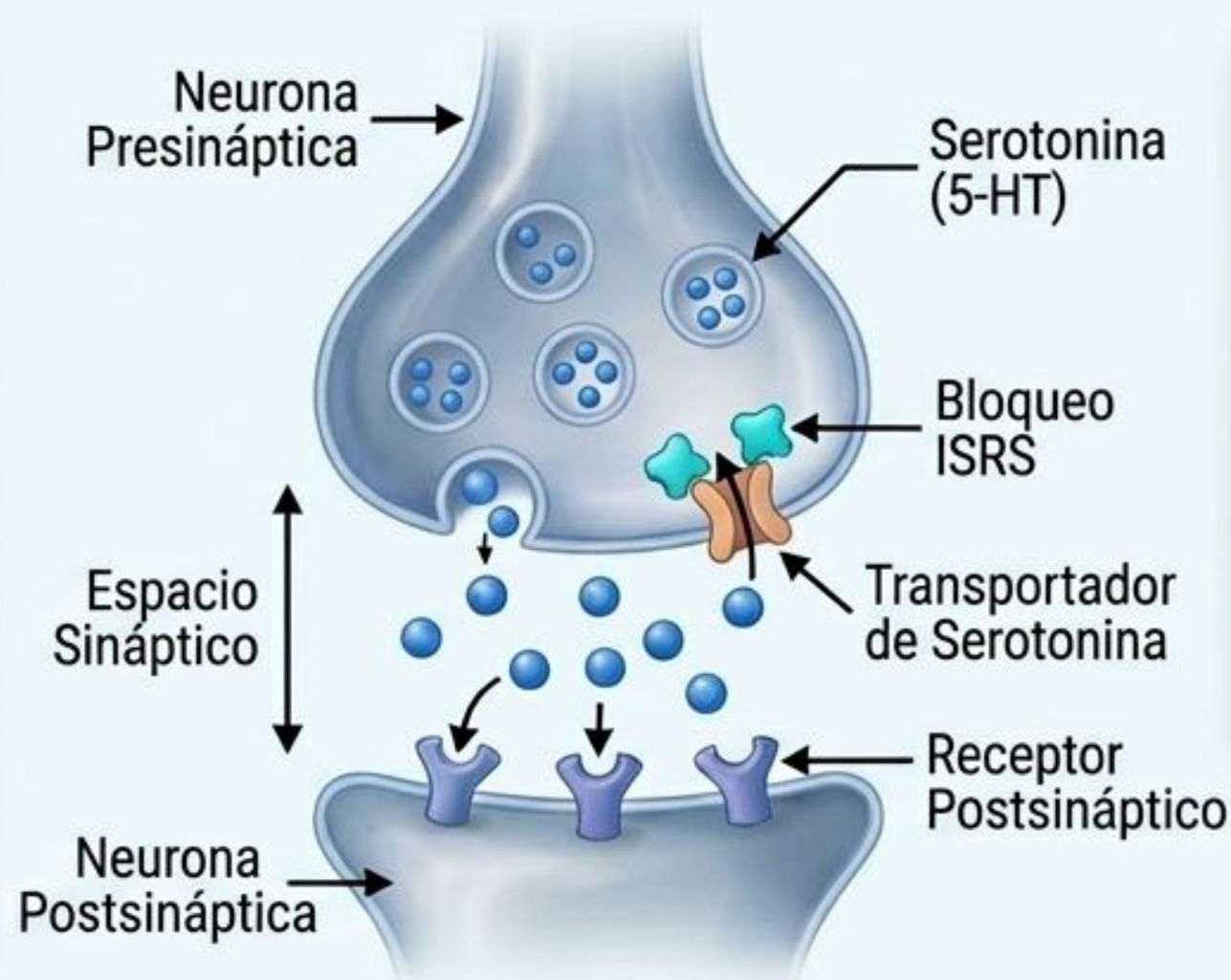
Antidepresivos: El Estándar Ansiolítico Moderno

Fármaco Prototípico - Escitalopram (ISRS)

Acción: Inhibición selectiva de recaptación de serotonina en SNC sin síntomas anticolinérgicos o simpaticomiméticos.

Cinética: Pico en 5h. **Semivida:** 25-35h. Alcanza niveles estables en 1 semana.

Punto Clave: Excelente para atenuar la Ansiedad Anticipatoria (la fase mental previa al ataque físico de pánico).



⚠ Precauciones Críticas

Alerta FDA: Monitoreo estricto por ideación/comportamiento suicida al iniciar o cambiar dosis.

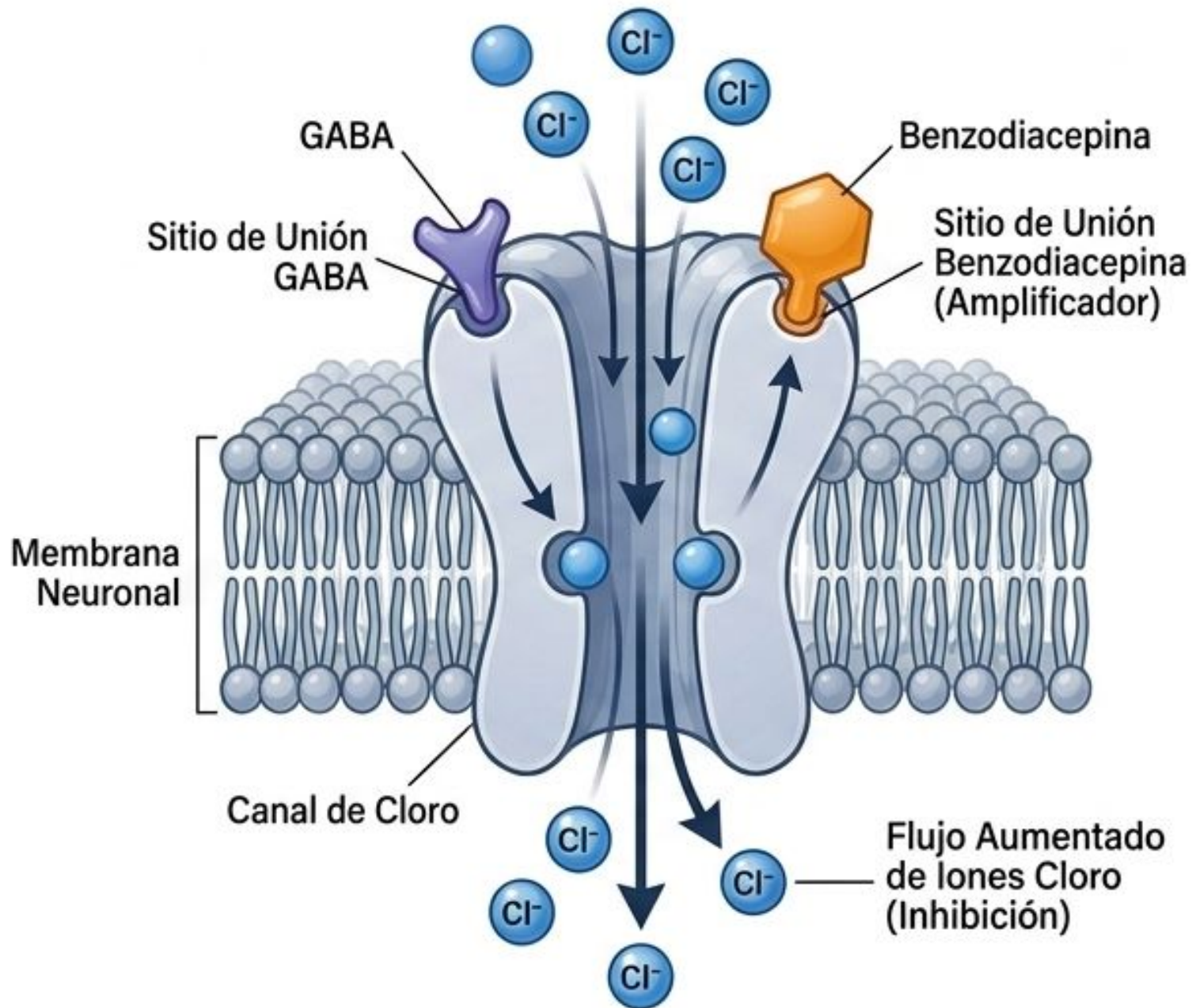
Síndrome Serotoninérgico: Evitar uso concurrente con IMAO (esperar 14 días). Síntomas: hipertermia, rigidez, hiperactividad autónoma.

Otras Clases

ATC (Tricíclicos): Efectos anticolinérgicos molestos. Evitar en antecedentes de infarto.

IMAO: Riesgo de **crisis hipertensiva letal** con ingesta de tiramina (quesos, vinos).

Benzodiacepinas: Moduladores de Emergencia



Fármaco Prototípico - Loracepam

- **Acción:** Potencia el efecto inhibitorio del GABA en el tálamo, hipotálamo y sistema límbico.
- **Cinética:** Semivida larga (10-20h). Rápido inicio IV (1-5 min) o IM (15-30 min).
- **Usos:** Insomnio secundario, pánico, preanestesia, estado epiléptico, abstinencia alcohólica.

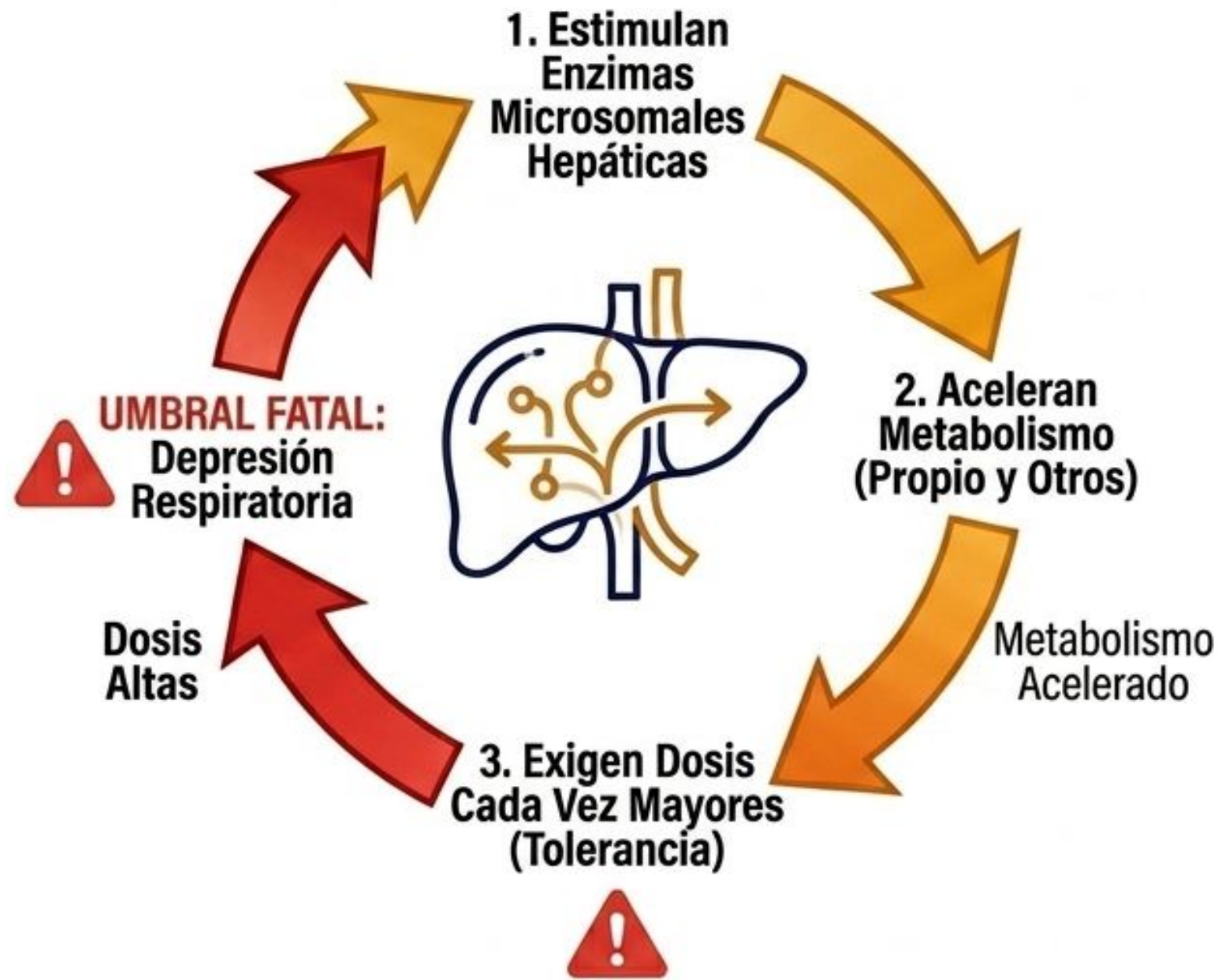
Perfil de Seguridad (La Ventaja Clínica)

- A diferencia de los barbitúricos, dosis masivas orales no producen depresión respiratoria ni coma grave por sí solas.
- **Peligro Letal:** La combinación con alcohol u otros depresores del SNC.
- **Antídoto específico:** Flumacenilo (antagonista de receptores).

Contraindicaciones

- Glaucoma agudo de ángulo estrecho (alteran presión intraocular).
- Embarazo (Categoría D) y lactancia.

Barbitúricos: Uso Histórico y Alto Riesgo



El Fármaco: Potentes depresores del SNC derivados del ácido barbitúrico (Ej. Fenobarbital, Secobarbital).

El Bucle Metabólico (Tolerancia Cruzada):

1. Estimulan las enzimas microsomales hepáticas.
2. Aceleran su propio metabolismo y el de otros cientos de fármacos.
3. Exigen dosis cada vez mayores para obtener sedación.

El Peligro Clínico: Se desarrolla tolerancia a la sedación, pero NO se desarrolla tolerancia a la depresión respiratoria. Un aumento de dosis para lograr sueño puede causar paro respiratorio.

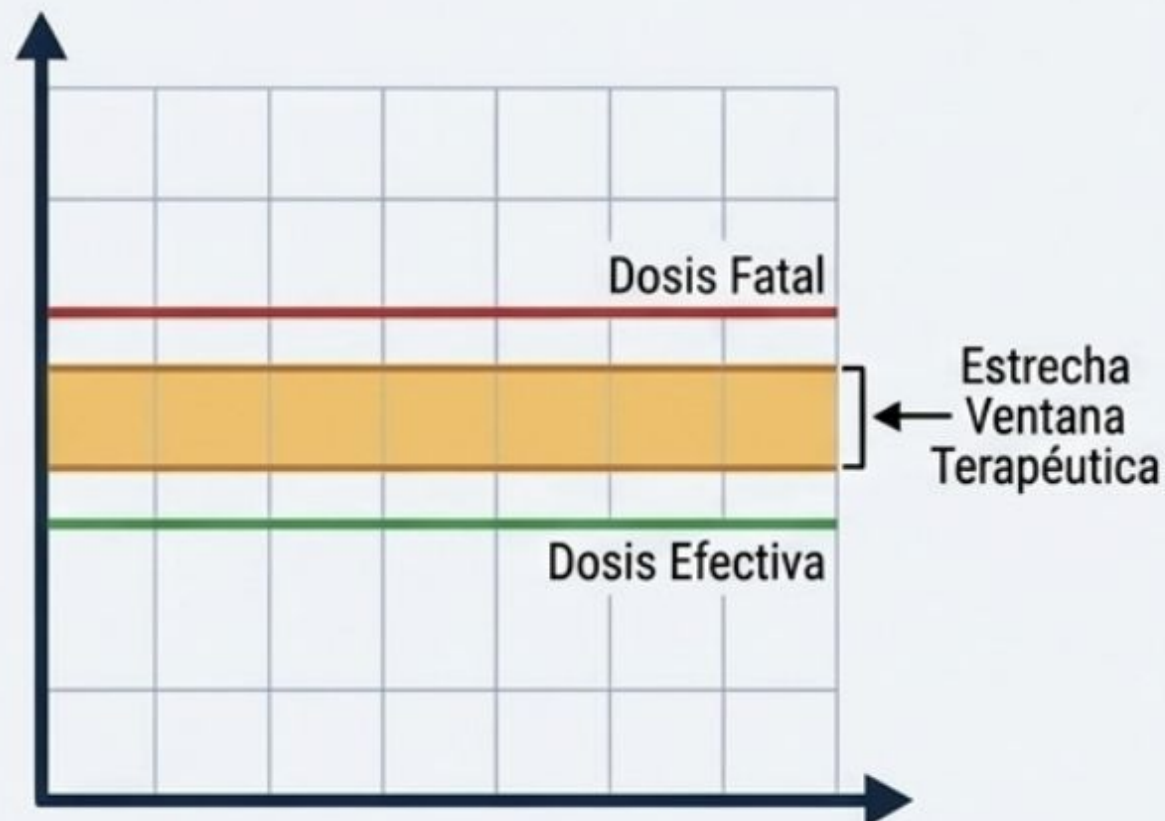
Síndrome de Abstinencia: Grave y potencialmente mortal.

BARBITÚRICOS: ALTO RIESGO Y TOLERANCIA FARMACOLÓGICA

FÁRMACO PROTOTÍPICO: FENOBARBITAL (ACCIÓN LARGA).

Concepto Clave: Antaño los fármacos de elección, hoy casi obsoletos para ansiedad/insomnio debido a alternativas más seguras (benzodiacepinas).

VENTANA TERAPÉUTICA ESTRECHA



El rango de dosis segura es mínimamente superior a la dosis tóxica.

LOS 3 PELIGROS CLÍNICOS

1. DEPRESIÓN RESPIRATORIA PROFUNDA

Capacidad de deprimir la función del SNC a todos los niveles, llevando al coma y la muerte por apnea. No se desarrolla tolerancia a este efecto respiratorio.

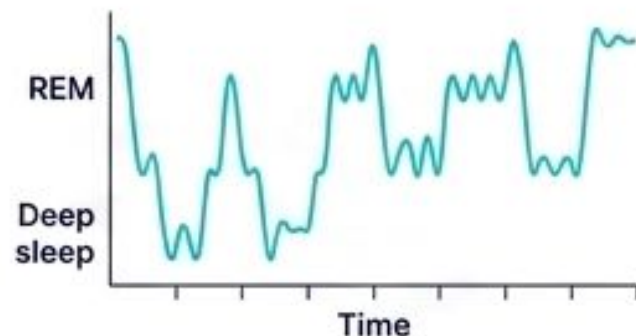
2. TOLERANCIA CRUZADA Y ADICCIÓN

Elevado riesgo de dependencia física y psicológica (Lista II). Síndrome de abstinencia grave.

3. ESTIMULACIÓN ENZIMÁTICA

Estimulan las enzimas microsomales hepáticas, acelerando su propio metabolismo y el de cientos de otros fármacos concurrentes.

Hipnóticos Modernos (Insomnio)



Zolpidem:

- **Fármaco no benzodiacepínico.** Altamente específico de receptores GABA.
- **Ventaja Clínica:** Preserva las fases III y IV del sueño profundo. Efectos menores sobre la fase REM.
- **Acción ultra-rápida:** 7-27 minutos. Administrar justo en la cama. Uso restringido a corto plazo (7-10 días).

Eszopiclona / Zaleplón:

- Mayor semivida para mantener el sueño toda la noche (evita el despertar de madrugada).

Ansiolíticos Específicos

Buspirona:

- Relacionado con receptores D2 (Dopamina) y Serotonina.
- No causa dependencia.
- Tarda semanas en alcanzar resultado óptimo.

Betabloqueantes (Propranolol / Atenolol):

- Uso off-label excelente para reducir síntomas físicos autonómicos de la Ansiedad Social y escénica.

INTERVENCIONES NATURÓPATAS

1. MELATONINA

Hormona endógena (glándula pineal). Precursor: triptófano -> serotonina. Reduce tiempo para conciliar el sueño profundo.

PRECAUCIÓN CLÍNICA: Inhibe la ovulación en dosis altas. Contraindicada en enfermedades autoinmunitarias e interfiere con corticosteroides.



2. VALERIANA Y KAVA

Principios activos actúan sobre el SNC para reducir la ansiedad e insomnio.

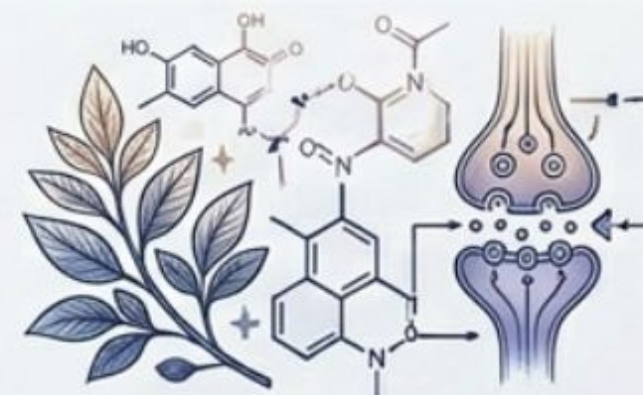
PRECAUCIÓN CLÍNICA: Kava interactúa con barbitúricos, benzodiacepinas y antiparkinsonianos. Valeriana potencia el efecto sedante de los barbitúricos.



3. ANTIHISTAMÍNICOS (DIFENHIDRAMINA)

Producen somnolencia de venta libre sin causar dependencia.

PRECAUCIÓN CLÍNICA: Limitados en su uso a largo plazo por molestos efectos secundarios anticolinérgicos.



Árbol de Decisión Farmacológica

Paciente Presenta Ansiedad Crónica / TAG

Fármaco de 1ª Línea: ISRS (Antidepresivos) (Ej. Escitalopram). Tratamiento a largo plazo sin sedación motora.

Paciente Presenta Pánico Agudo

Fármaco de 1ª Línea: Benzodiacepinas (Ej. Loracepam). Modulación rápida de emergencia.

Paciente Presenta Ansiedad Social Específica (Física)

Fármaco de 1ª Línea: Betabloqueantes (Ej. Propranolol). Controla taquicardia sin sedar el SNC.

Paciente Presenta Insomnio de Conciliación

Fármaco de 1ª Línea: Zolpidem. Acción ultrarrápida (7 min), uso a corto plazo.

Paciente Presenta Insomnio de Mantenimiento

Fármaco de 1ª Línea: Eszopiclona. Semivida más larga para evitar despertares.

Proceso de Enfermería I: Valoración Pre-Administración

	Valoración Respiratoria (Crítico) Evaluar ronquidos o apnea del sueño. Riesgo: Las benzodiacepinas reducen el impulso respiratorio; una obstrucción superior puede llevar a hipoxia severa.
	Signos Vitales y Estado Neurológico Establecer línea base de PA, pulso y nivel de conciencia (obnubilación extrema o ataxia sugieren sobredosis).
	Evaluación Fisiológica Confirmar función renal/hepática intacta (vital en ancianos para evitar acumulación tóxica). Descartar glaucoma de ángulo estrecho.
	Historial de Dependencia Investigar consumo de drogas ilícitas, alcohol crónico y mecanismos de afrontamiento previos del estrés. Identificar riesgo suicida elevado al iniciar antidepresivos.

Proceso de Enfermería II: Educación y Seguridad del Paciente



Evitar Depresores Concurrentes

Prohibición estricta de alcohol.

Evitar antihistamínicos de venta libre (Ej. difenhidramina) que **potencien la somnolencia excesiva** y riesgo de muerte.



Prevención de Lesiones

No conducir ni operar maquinaria hasta comprobar la tolerancia individual al fármaco.

Levantarse con precaución (riesgo de hipotensión/mareos).



El Insomnio de Rebote



Regla de Oro: Nunca suspender el tratamiento de forma brusca tras uso prolongado.



El Riesgo: Produce síndrome de abstinencia, un pico agudo de pánico, y un insomnio de rebote mucho más severo que el original. Reducir la dosis progresivamente.