



TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN

La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo desencadenado ante cualquier situación de peligro o que es vivenciada como tal por el sujeto, que genera en el organismo una serie de respuestas fisiológicas, cognoscitivas y conductuales con el fin de producir un estado de activación y alerta para responder a esta situación en las mejores condiciones posibles. Es, por tanto, una reacción normal que surge ante cualquier contingencia incierta que nos genera inseguridad y todos la experimentamos en mayor o menor medida durante nuestra vida. Es la denominada ansiedad normal y adaptativa. Puede ir acompañada de síntomas corporales, como molestias o dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración o cefalea.

La ansiedad se convierte en patológica cuando surge en ausencia de unas causas lógicas, es decir ante un peligro que no es real o cuando su intensidad o duración son desproporcionadas respecto a la causa que las generó. Así, la ansiedad patológica es mas grave que la normal en cuanto a su intensidad, persistencia o reaparición. Con ello la ansiedad, lejos de ser adaptativa, produce un deterioro en el funcionamiento y la libertad del sujeto. En la tabla 1 se encuentran descritas las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica.

Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
Más leve	Más profunda, recurrente o persistente
Función adaptativa	Deteriora el funcionamiento
Mejora el rendimiento	Empeora el rendimiento
Menos corporal	Más corporal
Emoción psíquica reactiva	Sentimiento vital
No reduce la libertad	Reduce la libertad

Tabla 1. Diferencias entre la ansiedad normal y patológica

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad se pueden clasificar en psíquicas y físicas. Entre las primeras podemos destacar intranquilidad, aprensión, temores indefinidos, impaciencia, y en los casos más graves, sensación inminente de muerte, temor a enloquecer y a perder el control. También se ponen de manifiesto alteraciones de atención y concentración que deterioran el rendimiento intelectual, así como sentimientos de despersonalización en los que aparecen sentimientos de extrañeza de sí mismo, o desrealización, como si no se reconociera el mundo exterior.

Los síntomas físicos son debidos a la activación del sistema nervioso y hormonal. Estos síntomas afectan a todos los sistemas (tabla 2), destacando como más frecuente el trastorno de la respiración denominado disnea suspirosa.

<p>Psíquicas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sentimiento de temor2. Sensación de tensión3. Vivencias de extrañeza: desrealización y despersonalización4. Alteraciones cognoscitivas: distracción y dificultad de concentración5. Distorsión de la cognición: preocupaciones excesivas e irreales6. Alteración del sueño: insomnio de conciliación y despertares frecuentes7. Alteración del comportamiento: irritabilidad, alerta, hipervigilancia e hiperactividad motora <p>Somáticas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia y opresión torácica2. Gastrointestinales: náuseas, vómitos y nudo faríngeo3. Respiratorios: sensación de ahogo, suspiros y taquipnea.4. Genitourinarios: micción imperiosa, poliaquiuria y disuria5. Neurológicos: temblor, mareo, vértigo, inestabilidad postural, midriasis, cefaleas, parestesias e hiperestesia.6. Musculares: debilidad, torpeza, mialgias e hipertonia.7. Neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración y sensación de inestabilidad

Tabla 2: síntomas clínicos de la ansiedad

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que el 20% de la población sufre síntomas de ansiedad, mientras que la tasa de prevalencia global de trastornos de ansiedad se sitúa entre el 4 y el 8% de la población, aunque sólo el 25% de los pacientes afectados demanda ayuda médica.

A los trastornos individuales producidos por la ansiedad, hay que unir su proyección en el área familiar y laboral. Así, el 20-30% de los pacientes con ansiedad refieren desajustes o conflictos familiares y en el 50% se asocia un consumo de alcohol o automedicación para paliarla.

Entre los factores que pueden predisponer a un trastorno de ansiedad podemos citar el estrés continuado, desajustes hormonales, uso de ciertas sustancias o medicación y factores genéticos, siendo lo más frecuente que se produzca una combinación de varios de estos factores. También aumentan la incidencia de ansiedad el pertenecer al sexo femenino, tener una edad entre 20 y 40 años y la existencia de antecedentes familiares.

A modo de ejemplo podemos citar que las situaciones de estrés continuado y de antecedentes familiares de crisis de angustia aumentan la incidencia de ansiedad de un 4% a un 21%. También se han relacionado las crisis de ansiedad con aumento de la producción corporal de lactato que aumenta en los casos de ejercicios anaeróbicos.

CLASIFICACIÓN Y FORMAS CLÍNICAS

Bajo la denominación de trastornos de la ansiedad, descritos como tal desde los tiempos de Hipócrates, se pueden incluir diversos tipos clínicos. No fue hasta finales del siglo XIX, cuando Freud realizó la primera clasificación de estas entidades. En la actualidad las clasificaciones más aceptadas son las de la *American Psychiatric Association*, denominada DMS-IV, y la de la *Organización Mundial de la Salud* conocida como CIE-10, ambas presentadas en la tabla 3.

DMS-IV	CIE-10
Trastorno de pánico con/sin agorafobia	Trastorno de ansiedad fóbica
Agorafobia sin trastorno de pánico	Agorafobia
Fobia específica	Fobias sociales
Fobia social	Fobias específicas
Trastorno obsesivo-compulsivo	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de pánico
Trastorno por estrés agudo	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno mixto ansiedad-depresión
Trastorno de ansiedad por causa médica	Otros trastornos mixtos de ansiedad
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de ansiedad no especificado	Trastorno obsesivo-compulsivo
Reacciones a estrés grave y de adaptación	

Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de pánico se caracterizan por la aparición de crisis recurrentes de ansiedad intensa de forma súbita e inesperada. El paciente, a raíz de la crisis, teme sufrir nuevos episodios o que sean el prelude de una enfermedad grave o de “la locura”. Estas crisis pueden tener una predisposición por determinadas situaciones o estímulos y también pueden darse por las noches y con sintomatología limitada.

Un elevado porcentaje de los pacientes con crisis de pánico presenta en grado variable agorafobia, es decir miedo a estar en una situación o lugar en la que puede ser difícil o embarazoso salir o recibir ayuda.

El trastorno por ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva por acontecimientos vitales cotidianos del individuo durante un período de tiempo superior a 6 meses, acompañada de una reacción somática de ansiedad. En estos casos no llega a cristalizar en crisis de otros trastornos más específicos.

Los trastornos obsesivos compulsivos son aquellos en que se presentan obsesiones y compulsiones recurrentes, que son reconocidas por el paciente como desproporcionadas e irracionales, que provocan un elevado malestar o causan un deterioro significativo en su funcionamiento interpersonal y social.

Fobias específicas se definen como el miedo intenso y persistente que resulta desproporcionado e irracional, desencadenado por la presencia o la anticipación de una situación u objeto concreto. Puede desencadenar una crisis de pánico, por lo que el paciente tiende a evitarlo.

Fobia social es un miedo persistente e irracional a situaciones en las que el individuo se expone a eventos con gente desconocida o actos realizados en público, por temor a que resulten humillantes o embarazosos. Puede desencadenar crisis de angustia, por lo que el individuo termina evitando dichas situaciones. Puede darse de forma generalizada, en que se observa en la mayoría de las situaciones sociales, o como una forma específica ante un determinado acto, como puede ser comer en público.

La ansiedad por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación dolorosa de un suceso traumático en forma de imágenes, pensamientos o sueños. Todo ello desencadena el trastorno acompañado de un patrón conductual de evitación de situaciones relacionadas con el hecho. Suele evidenciarse una hiperactivación neurovegetativa constante. Para su diagnóstico es condición necesaria que el paciente haya sufrido una experiencia traumática de tal intensidad que supusiera un riesgo para su integridad física o que haya sido testigo de esta situación cuando le ocurría a un tercero.

DIAGNÓSTICO

Una vez establecido la existencia de un síndrome ansioso por la sintomatología referida anteriormente, hay que excluir la posibilidad de que estos síntomas estén producidos por una enfermedad médica o por la ingesta de determinadas sustancias. Esto se puede sospechar especialmente en caso de que se presenten los síntomas de forma atípica, con ausencia de síntomas psicológicos en la crisis de ansiedad, en mayores de 35 años, o con escasa respuesta a ansiolíticos.

Para tratar de relacionar las crisis de ansiedad con fármacos hemos de valorar el tratamiento que presenta un paciente y su posible influencia en estos síntomas, así como intentar establecer una relación temporal entre el comienzo de la sintomatología y el inicio de la administración del fármaco. En caso de sospecha de uso de drogas de abuso, puede ser de utilidad la realización de pruebas de detección de drogas.

En la tabla 4 se presentan diversas enfermedades y sustancias asociadas a la clínica ansiosa. Así, como resumen, podemos decir que se debe establecer un diagnóstico diferencial entre las crisis de pánico y aquellas enfermedades cardiovasculares a las que imita, hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, convulsiones parciales complejas, hipoglucemia, ingestión de fármacos excitantes, y síndromes de abstinencia de alcohol, barbitúricos, opiáceos y tranquilizantes.

Los trastornos de ansiedad generalizada se deben diferenciar de la cardiopatía coronaria, la enfermedad tiroidea y la intoxicación o abstinencia farmacológica. También pueden existir síntomas semejantes a la ansiedad en la depresión, esquizofrenia o procesos mentales orgánicos.

<u>Neurológicas</u> Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Alzheimer Corea de Huntington Enfermedad de Wilson Esclerosis múltiple Hemorragia subaracnoidea Accidente cerebrovascular Epilepsia temporal Tumores Migraña	<u>Infecciosas</u> SIDA Encefalitis Mononucleosis Tuberculosis Brucelosis Paludismo Virosis diversas	<u>Antiinfecciosos</u> Mitramicina Metronidazol Sulfametoxazol
<u>Endocrinas y metabólicas</u> Hipo/hipertiroidismo Hipo/hiperparatiroidismo Enfermedad de Cushing Enfermedad de Addison Diabetes Hipogonadismo Síndrome carcinoide Feocromocitoma Insulinota Porfirio aguda intermitente	<u>Cardiovasculares</u> Angina de pecho Arritmias Miocardiopatías	<u>Respiratorios</u> Teofilina Broncodilatadores
<u>Enfermedades sistémicas</u> Lupus Artritis reumatoide Artritis de la temporal	<u>Respiratorias</u> Asma Tromboembolismo pulmonar Neumotorax Edema pulmonar	<u>Psicofármacos</u> Antiparkinsonianos Carbamazepina Neurolépticos
	<u>Fármacos cardiovasculares</u> Clonidina Reserpina Digital Bloqueantes del calcio	<u>Abstinencia de...</u> Alcohol opiáceos Nicotina Benzodiazepinas
	<u>Antiinflamatorios</u> AINE Corticoides	<u>Intoxicación por...</u> Cocaína Caféina Anfetaminas Alucinógenos Dióxido de Carbono Organofosforados
		<u>Otros</u> Suplementos tiroideos Estrógenos Glutamato

Tabla 4. enfermedades y sustancias asociadas a la clínica ansiosa

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ansiedad se puede enfocar desde diversos ámbitos, siendo a menudo lo más positivo la combinación de los mismos. Así, el tratamiento puede incluir psicoterapia, terapia de orientación social, medidas higiénico dietéticas y tratamiento farmacológico.

Psicoterapia

Existen diversas formas de psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de la ansiedad, que pueden ir desde una psicoterapia de apoyo hasta una de tipo más profundo, pasando por técnicas de relajación y terapia conductual. El uso de una u otra dependerá de la gravedad y las características del cuadro.

El tratamiento psicológico más habitual de la ansiedad consiste en educar el autocontrol. Para ello el paciente debe aprender técnicas de control emocional que permiten afrontar, en lugar de evitar, las situaciones que le despiertan ansiedad. Este tratamiento suele ser breve, entre cuatro y doce meses, dependiendo de la personalidad del paciente y su capacidad de aprendizaje.

En el tratamiento de las fobias específicas, el tratamiento de elección es la terapia de exposición, en la que se produce una desensibilización progresiva al paciente mediante exposición gradual al estímulo fóbico, de forma controlada y con técnicas para controlar la ansiedad. Estas terapias también pueden tener una gran importancia en el tratamiento de la fobia social, en su forma no generalizada.

La terapia psicológica puede tener también un papel importante en el trastorno por estrés postraumático. En estos casos es crítica la realización de una intervención inmediata tras el suceso traumático para prevenir el desarrollo del trastorno.

Terapias de orientación social

Consisten en el análisis y modificación de las situaciones que rodean al paciente y que sean causa de estrés continuado y por tanto justificante de la angustia. Así, en ocasiones puede ser útil el replanteamiento de una situación familiar o laboral para iniciar una mejoría del trastorno.

Medidas higiénico dietéticas

Es especialmente importante evitar la ingesta de bebidas alcohólicas y alimentos excitantes que, aunque no sean causa del síndrome, pueden contribuir a mantenerlo o agudizarlo. Entre los alimentos excitantes podemos citar bebidas que contengan cafeína, como café, té, bebidas de cola y el chocolate.

El tabaco no debe sobrepasar los límites habitualmente tolerados. En cuanto a fármacos, se deben evitar los derivados anfetamínicos, así como cualquier psicoanaléptico o droga psicodélica, incluidas las consideradas drogas menores.

La vida del paciente debe ser regulada, teniendo especial incidencia en el sueño y abarcando otras facetas, como la vida sexual. Se debe evitar cualquier forma de relación sexual que pueda ser causa de ansiedad, como puede ser el *coitus interruptus*.

Algunos autores también destacan la importancia de realizar regularmente ejercicio físico aeróbico, recomendando 20-45 minutos, de tres a cinco días de la semana.

Tratamiento farmacológico

El arsenal terapéutico disponible para los trastornos de ansiedad está compuesto por fármacos que actúan sobre los niveles de serotonina sanguíneos (tabla 5). En determinadas fases de la enfermedad también se pueden recurrir a las benzodiazepinas, aunque éstas suelen utilizarse más en casos no patológicas, como los provocados por trastornos vitales y adaptativos con predominio de la ansiedad.

El uso de este arsenal terapéutico va a variar según el trastorno de ansiedad a tratar. En todos los casos, en primer lugar se debe informar al paciente del tratamiento que se va a instaurar, especialmente de los efectos adversos, que pueden ser frecuentes y causa del abandono del tratamiento de forma prematura. En la tabla 6 se presentan las dosis más habituales en el tratamiento de estos trastornos.

ISRS*	Nuevos antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos	IMAO
Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina Citalopram	Venlafaxina Nefazodona Mirtazapina	Imipramina Clorimipramina Doxepina	Fenelcina Tranilcipromina

*ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

Tabla 5. Algunos fármacos usados en el tratamiento de la ansiedad.

Trastornos del pánico

Los cuatro grupos de fármacos anteriormente descritos tienen cabida en el tratamiento de los trastornos de pánico. Entre los antidepresivos tricíclicos, imipramina y clorimipramina han sido los que han demostrado mejor eficacia, con mejoras del 70-80% de los pacientes. Presentan un período de latencia superior al observado cuando se usan como antidepresivos, pudiendo superar las 4 semanas y dosis inferiores, por lo que se debe comenzar con dosis bajas. Su uso se ve limitado por los efectos adversos y las interacciones.

Los IMAO también son efectivos, pero condicionan la dieta que debe ser baja en tiramina e interacciona con fármacos simpaticomiméticos, por lo que se reservan para casos resistentes. La moclobemina, IMAO tipo A, no ha demostrado su utilidad en este trastorno.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han mostrado una eficacia superior a imipramina y con menos efectos adversos. Por ello, hoy en día son de elección en esta patología. Con estos fármacos hay que tener en cuenta que se puede producir un aumento de la ansiedad los primeros días de utilización y que su acción puede tardar más de 4 semanas en aparecer. Asimismo mismo, al retirar el fármaco, se debe contemplar la posibilidad de aparición de un síndrome de abstinencia.

Todos los fármacos de este grupo han demostrado su eficacia, debiéndose comenzar con dosis bajas y benzodiazepinas asociadas, y aumentando las dosis progresivamente.

Dentro de las benzodiazepinas, alprazolam y clonazepam son las que han mostrado acción antipánico, siendo la primera la más estudiada. Se trata de una benzodiazepina de alta potencia que ha mostrado una eficacia comparable a imipramina, si no hay depresión asociada, con una mayor rapidez de acción, control de la ansiedad anticipatoria y del insomnio asociado. Por el contrario, a menudo produce sedación y alteraciones cognitivas, ambos efectos adversos potenciados por depresores del sistema nervioso central como alcohol.

En las crisis de pánico agudas, se puede recurrir a la administración sublingual de alprazolam (0,5-1,5 mg) o lorazepam (1-2 mg) para conseguir una mayor rapidez de acción, pudiendo repetir la dosis, si la crisis no cede, a los 15 minutos. En estos casos, muchos de los síntomas de la crisis pueden deberse a la alcalosis metabólica producida por la hiperventilación, por lo que puede tener utilidad para el paciente el respirar su propio aire exhalado, mediante la aplicación de una bolsa de plástico.

	Trastorno de Pánico		Fobia Social		Ansiedad Generalizada		Estrés Postraumático		T. obsesivo Compulsivo	
	Di	Dm	Di	Dm	Di	Dm	Di	Dm	Di	Dm
Fluoxetina	5-10	20-80	5-20	20-40			5-20	20-40	20	20-80
Fluvoxamina	25	50-300	50-100	100-300	50-100	100-300	50-100	100-300	50	100-300
Paroxetina	10	40-60	10-20	20-50	10-20	20-60	10-20	20-60	10-20	40-60
Sertralina	25-50	50-200	25-50	50-100			25-50	50-150	25-50	50-200
Citalopram	10-15	20-30	10-15	20-30					20	26-60
Venlafaxina	37,5	75-150	37,5	75-225	37,5	75-225	37,5	75-225	37,5	150-375
Nefazodona							100	300-500	50-100	150-200
Imipramina	10-25	150-300			50-75	100-250	50-75	100-250		
Clorimipraminal	50-75	75-200			25	100-300			25	100-300
Fenelcina	7,5-15	15-30	7,5-15	15-37,5			7,5-15	15-37,5		
Moclobemida			75-150	225-300						
Buspirona					5	5-20	5	5-20		

Di: dosis inicial. Dm: dosis de mantenimiento

Tabla 6. dosis de algunos fármacos útiles en trastornos de ansiedad (mg/día)

Fobia social

En el tratamiento de la fobia social han demostrado utilidad los IMAO, especialmente fenelcina, IMAO reversibles, como moclobemida, y los inhibidores reversibles de la recaptación de serotonina. Las benzodiazepinas se pueden utilizar como tratamiento coadyuvante. Para la ansiedad situacional se han usado también bloqueadores beta para reducir síntomas autónomos y con ello evitar la ansiedad psíquica.

Trastornos obsesivo compulsivos

Todos los inhibidores de serotonina se han mostrado eficaces en el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos, aunque se puede requerir una dosis superior a la utilizada en la depresión. También presentan utilidad la clorimipramina, en caso de falta de respuesta a los primeros, y los IMAO, aunque estos últimos se suelen reservar para los casos resistentes. En casos refractarios también se pueden usar combinaciones de estos fármacos con litio, que potencia la actividad serotoninérgica, o con benzodiazepinas.

Ansiedad generalizada

En los últimos años están surgiendo estudios que apuntan a la venlafaxina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, a dosis similares a las utilizadas en la depresión, como fármacos de elección en los trastornos por ansiedad generalizada. Presentan un período de latencia de unas 4 semanas que puede ser inferior en la venlafaxina. Como alternativa se puede utilizar antidepresivos tricíclicos como clorimipramina e imipramina

En esta patología, las benzodiazepinas presentan poca actividad sobre la ansiedad psíquica, por lo que deben evitarse por el riesgo de dependencia, al tratarse de una patología crónica. La buspirona se ha mostrado eficaz en ensayos clínicos, pero su uso está limitado por su ineficacia en pacientes que han tomado benzodiazepinas con anterioridad y su gran período de latencia.

Trastornos por estrés postraumático

En el trastorno por estrés postraumático se han mostrado eficaces los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pudiendo considerarse ambos en la terapia de primera línea. También se han mostrado efectivos determinados anticomociales, como clonidina y betabloqueantes, por la posible hiperactividad noradrenérgica atribuida al trastorno.

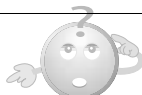
BIBLIOGRAFÍA

1. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Trastornos de la ansiedad. *Medicine*. 2003; 8 (106): 5693-5703.
2. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Fármacos seantes/hipnóticos. *Medicine*. 2003; 8 (106): 5711-5714.
3. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la crisis de angustia/pánico aguda. *Medicine*. 2003; 8 (106): 5715-5717.
4. Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la ansiedad crónica. *Medicine*. 2003; 8 (106): 5718-5720.
5. Calleja Peredo C. Ansiedad. Tratamiento. *Offarm*. 2003; 17 (7): 63-66.
6. Lózano JA. El insomnio y la ansiedad . Medidas terapéuticas y tratamiento farmacológico. *Offarm*. 2000; 19 (2): 84-93.
7. Romeu i Bes J. Ansiedad. Revision. *Offarm*. 2000; 19 (11): 54-57.
8. Usall Rodié J. Diferencias de sexo en los trastornos de la ansiedad. *Psiquiatría Biológica*. 2001; 8: 19-24
9. Dada F, Sanjiv S, Grossberg G. Generalized anxiety disorder in the elderly. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24 (1):155-64.
10. Calderón P, Gutiérrez JR y Velasco JJ. *Psiquiatría*. En *Farmacia Hospitalaria* 3ª edición. Ed. SCM, SL (doyma). 2002. Pg 1347-1350.
11. Ontario guidelines for the management of anxiety disorders in Primary care. Ed. Queen's printer of Ontario. 2000.

Información de nuevos medicamentos



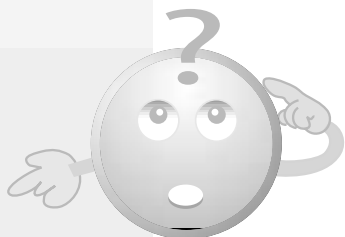
Aporta mejoras



Eventualmente útil



No aporta nada nuevo



DUTASTERIDA

Dutasterida es el segundo inhibidor de la 5 α -reductasa, tras finasterida, comercializado en España para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata y para la reducción del riesgo de retención aguda de orina y cirugía.

MECANISMO DE ACCIÓN

Al igual que finasterida, dutasterida actúa por inhibición de la 5 α -reductasa, enzima que cataliza la conversión de testosterona en dihidrotestosterona, sustancia clave en el desarrollo de la hiperplasia prostática benigna. A diferencia de la finasterida no solo inhibe la isoforma situada en la próstata, sino que también inhibe la situada en el hígado y la piel.

FARMACOCINÉTICA

Presenta una biodisponibilidad del 60%, alcanzándose las concentraciones máximas tras 2-3 horas. Se metaboliza extensamente en el hígado y se elimina en las heces, presentando una semivida de eliminación terminal de cinco semanas, de modo que se detectan concentraciones detectables de fármaco entre los cuatro y seis meses posteriores a la interrupción del tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS

Dutasterida reduce el volumen de eyaculación, y en los ensayos se ha observado una incidencia superior a placebo de impotencia, disminución de la libido y ginecomastia. En embarazadas puede producir inhibición en los fetos masculinos de los genitales externos, por lo que estas mujeres no deben manipular el fármaco, y los pacientes tratados no deben donar sangre hasta pasados seis meses del fin del tratamiento para evitar posibles transfusiones a mujeres embarazadas.

POSOLOGÍA

La dosis habitual de dutasterida es 0,5 mg diarios, que se pueden administrar con o sin comidas. No se requiere ajuste de dosis en pacientes geriátricos, ni en insuficiencia renal. Su metabolismo hepático hace que se deba considerar un ajuste de dosis en función de la severidad de la insuficiencia, aunque no se han establecido las dosis en estos casos.

PAPEL EN TERAPÉUTICA

En un análisis global de tres estudios de dos años de duración sobre más de 4.000 varones con hiperplasia prostática benigna con síntomas moderados o intensos, y frente a placebo, se pone de manifiesto que el fármaco aumenta el flujo urinario en cuestión de un mes, reduce los síntomas obstructivos en seis meses y, tras 24 meses de tratamiento, reduce un 25% el tamaño de la próstata, y un 50% el riesgo de retención urinaria aguda o intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Dutasterida es un inhibidor de la 5 α -reductasa, que se ha mostrado eficaz en la reducción del tamaño de la próstata, mejora del flujo urinario y reducción de los síntomas de obstrucción en pacientes con síntomas moderados o intensos de hiperplasia prostática benigna. No se han realizado estudios comparativos con finasterida que sitúen el lugar de ambos fármacos en el tratamiento de esta entidad.

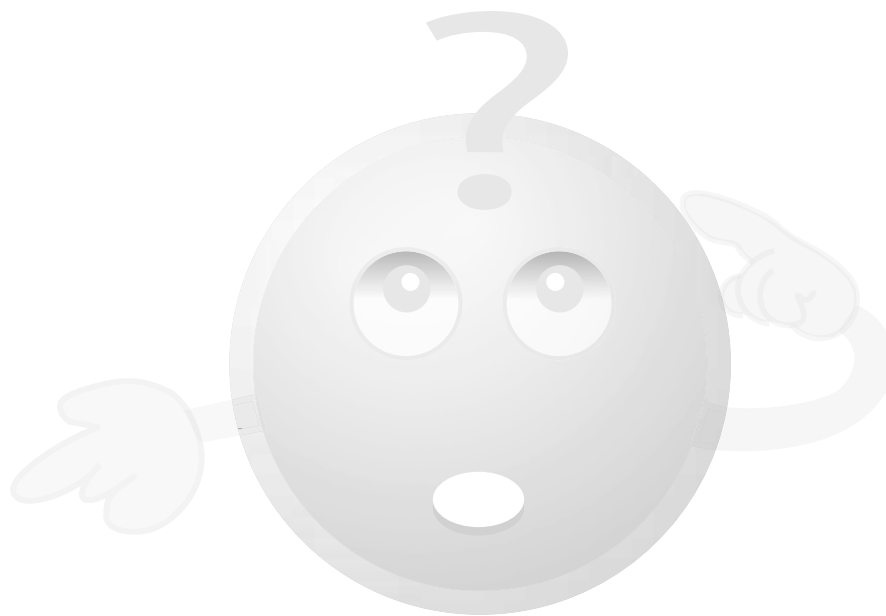
Información de nuevos medicamentos

DISPONIBILIDAD COMERCIAL

Principio Activo	Nombre Comercial (Laboratorio)	P.V.P.
Dutasterida	Avidart 0,5 mg 30 capsulas (Glaxosmithkline)	34,94 €
Dutasterida	Duagen 0,5 mg 30 capsulas (Glaxosmithkline)	34,94 €

BIBLIOGRAFÍA:

1. Anónimo. Dutasterida para la hiperplasia benigna de próstata. Med Lett Drugs Ther (ed Esp). 2003 (2):7-8.
2. DrugdexInformation System. MICROMEDEX Inc. Englewood, Colorado (expedition data 6/2003). Drug Evaluation Monograph of dutasteride.



DICAF, S.L.

Comité de Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Miquel Aguiló (FCC) • Gloria Alba (FCH) • Joan Altimiras (FCH) • Manel Ballester (Cardiólogo) • Josep Barrio (Infectólogo) • Salvador Benito (Intensivista) • Xavier Bonafont (FCH) • Joaquim Bonal (FCH) • Patricia Bravo (FCH) • Daniel Cardona (FCH) • Federico Castillo (FCH) • Isabel Castro (FCH) • Anna Clopés (FCH) • Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad de Salamanca) • José Ángel Expósito (FCH) • Rosa Farré (FCH) • M.^a José Faus (Prof. Titular Universidad de Granada) • Benet Fité (FCC) • Jordi Foncuberta (Hematólogo) • Miquel Franco (Internista) • Pilar Gascón (FCC) • M.^a Rosa Güell (Neumólogo) • Gemma Guinovart (Pediatra) • Eduard Hidalgo (FCH) • Cristina de Irala Indart (FCH) • Francesc Jané (Farmacólogo Clínico) • Rosa Jordana (FCC) • Fernando Fernández Llimós (FCC) • Milagros García (FCH) • M.^a Antonia Mangués (FCH) • Francisco Martínez (FCC) • Indro Mattei (FCC) • Lluís Mendarte (FCH) • Josep Monerde (FCH) • Rita Moreira (FCH) • M.^a Estela Moreno Martínez (FCH) • Margarita Ramoneda (FCC) • Gema Rodríguez Trigo (Neumóloga) • M.^a Luisa Sala (FCH) • Joaquim Sanchís (Neumólogo) • Amparo Santamaría (Hematóloga) • Ángel Sanz Ganda (Consultor de Farmacoeconomía) • Pablo Torredadella (Medicina y Cirugía) • Laura Tuneu (FCH) • Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)

(FCH) = Farmacéutico Clínico Hospitalario – (FCC) = Farmacéutico Clínico Comunitario

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. – C/. Martí, 44 – 08024 BARCELONA

Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 – E-mail: dicaf@dicaf.es – WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita: The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
C/. Martí, 44 - 08024 BARCELONA
ISSN: 1575-3611 – N.I.F.: B-61640439
Impreme: Gráficas Gispert, S.A. - Depósito Legal: GI-557/1999