

Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad

M. González González* y P. Fadón Martín

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Instituto Provincial de Psiquiatría. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Ansiedad
- Crisis de pánico
- Benzodicepinas
- Antidepresivos

Keywords:

- Anxiety
- Panic attacks
- Benzodiazepines
- Antidepressants

Resumen

La ansiedad es una respuesta del organismo ante acontecimientos estresantes, cuya función es proteger al sujeto de las amenazas externas, asociando una serie de síntomas físicos y psicológicos. Forma parte de la vida diaria pero, en ocasiones, puede constituir un trastorno. Este trastorno puede ser primario o estar producido por una patología somática o psiquiátrica diferente de la ansiedad (depresión, psicosis). Por ello, es necesario realizar una adecuada anamnesis y exploración física, utilizando pruebas complementarias cuando sean necesarias. El tratamiento es psicológico y farmacológico y se basa en el control de la ansiedad aguda y en la reducción de las crisis a largo plazo.

Abstract

Protocol diagnosis and treatment of anxiety disorder

Anxiety is an answer to stressful events in order to protect the subject from external threats, and combines physical and psychological symptomatology. Although is part of everyday life, can become a disorder occasionally. It can be primary or secondary to somatic or psychiatric pathology (depression, psychosis). Thus, proper anamnesis and physical examination, using complementary tests if necessary, are mandatory. Treatment is psychological as well as pharmacological, and its main target is the control of acute anxiety and long-term reduction of anxiety crisis.

Introducción

La ansiedad es una respuesta del organismo ante acontecimientos estresantes, cuya función es proteger al sujeto de las amenazas externas, activando un mecanismo de alerta y huida a través del sistema nervioso central y periférico, y generando una serie de síntomas físicos y psicológicos¹ (tabla 1). La ansiedad es un estado fisiológico y forma parte de la vida diaria pero, en ocasiones, puede constituir un trastorno. Se debe considerar la ansiedad como síntoma de un posible trastorno, cuando²:

1. Es de mayor intensidad y/o duración de lo que se esperaría, dadas las circunstancias de su aparición (considerar el contexto familiar, social y cultural).

2. Conlleva una alteración en la funcionalidad laboral, social o interpersonal del sujeto.

3. Las actividades diarias se alteran debido a la evitación de ciertas situaciones con el objetivo de disminuir la ansiedad.

4. Asocia clínicamente significativos e inexplicables síntomas físicos y/o obsesiones, compulsiones o recuerdos traumáticos (teniendo en cuenta que estos elementos aparecen en la población general sin asociar una patología ansiosa).

Enfoque diagnóstico

La ansiedad es uno de síntomas más frecuentes en las consultas médicas generales (hasta un 25% de los pacientes)³ y, sin embargo, se estima que más del 50% de los casos no son adecuadamente diagnosticados⁴.

Para diagnosticar de manera adecuada se debe realizar una completa anamnesis, poniendo especial énfasis en la po-

*Correspondencia

Correo electrónico: mgonzalezgonzalez7@salud.madrid.org

TABLA 1

Sintomatología de la ansiedad

Síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación de la tensión arterial, palpitaciones, opresión torácica
Síntomas respiratorios: sensación de ahogo, ritmo respiratorio acelerado, disnea
Síntomas gastrointestinales: náuseas, dificultad para tragar, vómitos, diarreas
Síntomas genitourinarios: micción frecuente, disuria, disfunciones sexuales
Síntomas neurovegetativos: sequedad de mucosas, sudoración excesiva, presíncope
Síntomas neurológicos: temblores, hormigueo o parestesias, cefaleas tensionales, contracturas, mareos o inestabilidad
Síntomas psicofísicos: fatigabilidad y agotamiento, temores o miedos intensos, terror o pánico, sensación de inseguridad, preocupación, incapacidad de afrontar diferentes situaciones, anticipación, indecisión, dificultad o falta de concentración, inquietud e hiperactividad

Adaptada de Vallejo Ruiloba J³.

sibilidad de que la clínica sea debida a una causa somática/tóxica (fig. 1). La evaluación del paciente con ansiedad debería incluir una anamnesis por aparatos, comprobación de la medicación (incluidos compuestos de herbolario), consumo de tóxicos, una exploración física centrada en las quejas sintomatológicas e inquirir sobre la funcionalidad. Las pruebas complementarias deben estar guiadas por la información obtenida e, idealmente, se deben realizar antes del inicio del tratamiento (analítica sanguínea, electrocardiograma, pruebas toxicológicas, etc.) (tabla 2)².

Una vez descartadas las causas médicas de la ansiedad, se debe tener en cuenta que esta puede ser secundaria a un estresor vital y, en caso de ser autolimitada y no afectar a la funcionalidad, no requerir un tratamiento.

En caso contrario, se debe dilucidar si la ansiedad aparece como un trastorno primario de ansiedad o acompañando a otro trastorno psiquiátrico como depresión, trastorno de personalidad o trastorno psicótico.

Crisis de angustia

Según el DSM-5⁵ se considera crisis de angustia o ataque de pánico la aparición súbita de miedo o incomodidad intensos, además de presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas físicos y psíquicos:

1. Palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización o despersonalización.
12. Miedo de perder el control o a volverse loco.
13. Miedo a morir.

Además, para cumplir los criterios diagnósticos de trastorno por crisis de pánico, al menos uno de los episodios debe asociar durante un mes o más como mínimo uno de los siguientes síntomas: inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias y/o

TABLA 2

Causas médicas de sintomatología ansiosa

Neurológicas: epilepsia temporal, enfermedad de Parkinson, demencia incipiente, esclerosis múltiple, <i>delirium</i> , encefalopatías, tumores intracraneales, síndromes postraumáticos, temblor esencial, enfermedad de Wilson, acatisia
Endocrinológicos/metabólicos: síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoglucemia, feocromocitoma, insulinomas, síndrome premenstrual, porfiria, anemia, hipertermia, hipoglucemia, hipocalcemia, hiponatremia
Cardiorrespiratorios: angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión, arritmias, prolapso de válvula mitral, insuficiencia cardíaca, patrón betaadrenérgico, hiperventilación, situaciones de hipoxia, asma, neumotórax, embolismo pulmonar, edema pulmonar
Dieta y drogas: cafeinismo, tabaquismo, deficiencias vitamínicas, glutamatos, L-dopa, corticoides, indometacina, aminofilina, cicloserina, efedrina, anorexígenos, marihuana, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, abstinencia (alcohol, hipnóticos, ansiolíticos, tricíclicos, opiáceos, nicotina)
Otros: hiperlaxitud articular, úlcera péptica, colon irritable, disfunciones vestibulares, anafilaxia, lupus eritematoso

Adaptada de Vallejo Ruiloba J³.

un comportamiento desadaptativo relevante relacionado con las crisis, tal como evitar situaciones relacionadas con crisis previas.

Tratamiento

Ante la ansiedad aguda, si el paciente presenta sintomatología ansiosa leve o moderada, asociada o no a un evento estresante, se debería optar por un enfoque conservador, tranquilizando al paciente y realizando técnicas de relajación. En caso de falta de mejoría o de sintomatología grave, se optará por la utilización de una benzodiacepina, preferentemente una de efecto rápido (lorazepam sublingual).

Si la ansiedad excede a la crisis puntual y comienza a afectar la funcionalidad del paciente, se deberá plantear la posibilidad de un trastorno de ansiedad, para lo que necesitará un tratamiento específico.

En el caso del trastorno por crisis de pánico, existen dos principales modalidades de tratamiento: el psicoterapéutico y el farmacológico (fig. 2).

Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento psicoterapéutico más recomendado es la terapia cognitivo conductual (TCC). Dicha terapia destaca sobre las demás como la más eficaz y, en algunos estudios, ha confirmado ser superior al tratamiento farmacológico a largo plazo, aunque la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico ha demostrado ser superior a la monoterapia⁶.

Desde Atención Primaria, se proponen dos modelos⁶:

1. Un modelo integrado en el que los médicos de familia son apoyados por psicólogos. Los pacientes reciben un manual y durante 12 semanas (8 sesiones) se aplican intervenciones de TCC mediante exposición y reestructuración cognitiva.

2. Autoayuda con un manual, guiada por el médico de familia. Los médicos de familia realizan 5 sesiones de 20 minutos, donde explican qué es la ansiedad y técnicas cognitivas simples (relajación y exposición *in vivo* e identificación de pensamientos ansiogénicos), con trabajo en casa para el paciente de tres horas semanales.

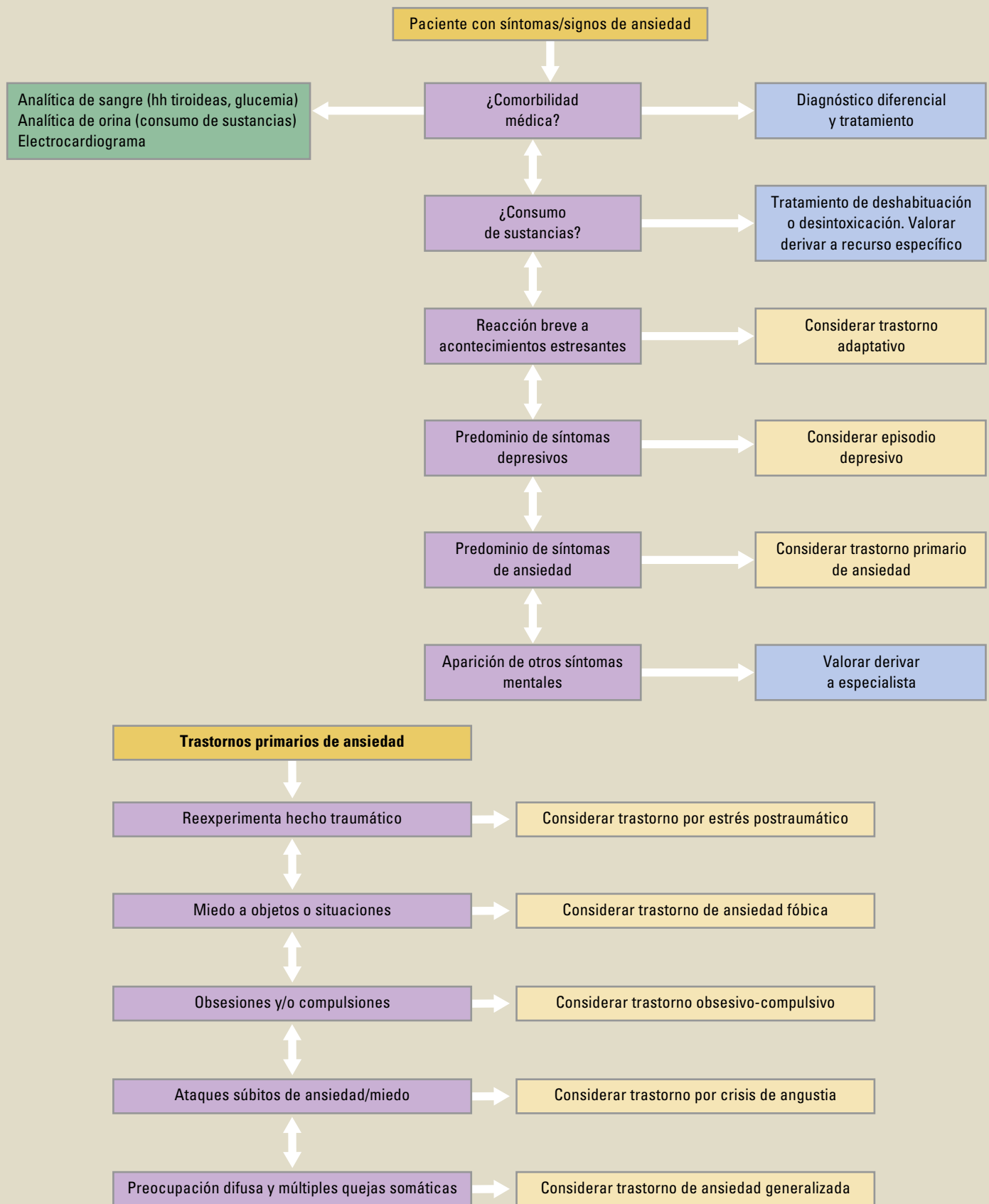


Fig. 1. Proceso diagnóstico en la sintomatología ansiosa.

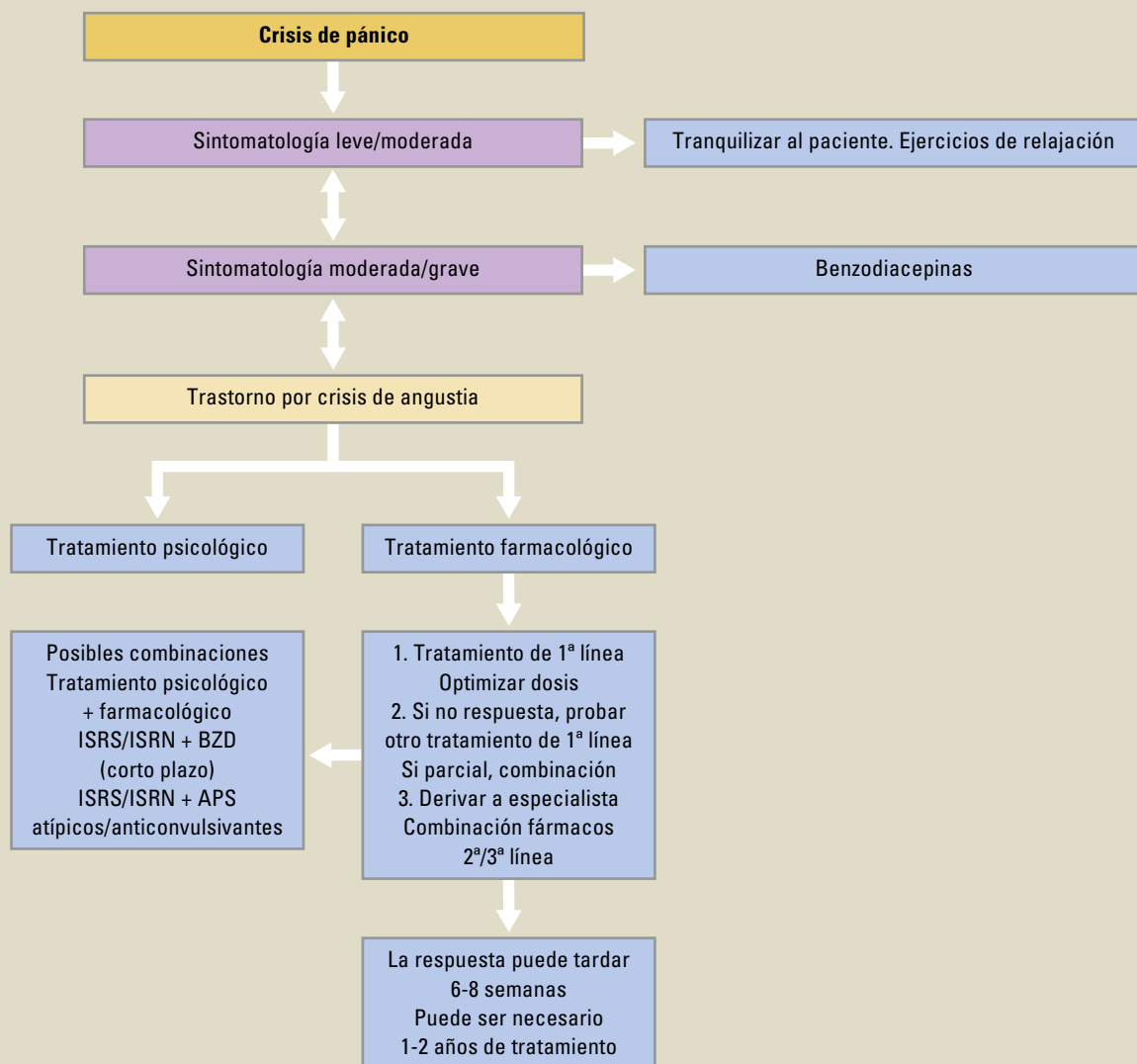


Fig. 2. Proceso terapéutico en el trastorno de angustia.

APS: antipsicóticos; BZD: benzodiacepina; ISRN: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Tratamiento farmacológico

Ansiolíticos

El tratamiento ansiolítico más utilizado son las benzodiacepinas. Las benzodiacepinas tienen un papel importante de manera aguda, en la crisis de ansiedad no controlada con técnicas conservadoras, y como tratamiento inicial hasta que comience el efecto del tratamiento antidepressivo. Es necesario tener en cuenta el riesgo de dependencia, el abuso (evitar en pacientes con adicción a sustancias), la tolerancia, el empeoramiento cognitivo y las caídas (sobre todo en pacientes ancianos). Debido a ello, son considerados como tratamiento de segunda línea en el tratamiento a largo plazo.

Siendo muy similar el perfil farmacodinámico de las moléculas, la elección del fármaco se hará según la farmacocinética, teniendo en cuenta que a mayor rapidez de acción, mayor potencial adictivo. Se reservará lorazepam (1-3 mg) para

la crisis de pánico y clonazepam (0,5-1,5 mg), clorazepato (5-15 mg) y diazepam (5-15 mg) para el tratamiento de inicio (no más de un mes/mes y medio).

Antidepressivos

Los antidepressivos constituyen el principal tratamiento del trastorno por crisis de pánico. Han sido avalados por numerosos estudios como el tratamiento de primera línea², sobre todo los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram y sertralina) y los inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) (venlafaxina *retard*). Su efecto se inicia tras 4-6 semanas. Como efectos adversos, fundamentalmente los efectos precoces (que suelen desaparecer tras 7-10 días, fundamentalmente efectos gastrointestinales e insomnio), la alteración de la función sexual y el síndrome de discontinuación.

Como fármacos de segunda línea, se incluirían tanto mirzapina como los antidepresivos tricíclicos como clomipramina o imipramina, estos de eficacia similar a los ISRS pero con más efectos adversos (cardiotoxicidad, riesgo de intoxicación).

Antipsicóticos atípicos

Como fármacos de tercera línea, antipsicóticos como olanzapina o quetiapina tienen un papel importante, fundamentalmente en la ansiedad refractaria a tratamientos previos, en la ansiedad en el paciente psicótico o en los pacientes en los que las benzodiacepinas están contraindicadas.

Gabapentina/pregabalina

Aunque no están aprobadas para el tratamiento de crisis de pánico, sí lo están en otros trastornos de ansiedad⁴ y podrían utilizarse sobre todo en pacientes en los que las benzodiacepinas estén contraindicadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.



Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

✓ Metaanálisis ✓ Artículo de revisión
 ✓ Ensayo clínico controlado ✓ Guía de práctica clínica
 ✓ Epidemiología

1. DeMatteis M, Basurte I. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la ansiedad aguda. *Medicine*. 2015;11(84):5036-40.
2. ●● Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. 2006;51(8) Suppl2:9S-91S.
3. ●● Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson; 2011. p. 148-63.
4. ● Baldwin D, Anderson I, Nutt D, Bandelow B, Bond A, Davidson J. Evidence based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005; 19(6):567-96.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
6. ● Grupo de Trabajo de la GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria. Guías de Prácticas Clínicas en el SNS. Madrid: Ed. Agencia Laín Entralgo; 2008.