

Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico

La ansiedad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población si dejamos al margen la adicción a sustancias. El trastorno de pánico constituye un tipo de ansiedad muy invalidante, al tiempo que genera un gran sufrimiento en el paciente que lo padece. En el presente artículo, se revisa el tándem agorafobia-trastorno de pánico, haciendo especial hincapié en el asesoramiento que puede prestar el farmacéutico comunitario al paciente que sufre este cuadro psiquiátrico.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia y Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria

Introducción

De entrada, conviene resaltar que la ansiedad es una experiencia implícita a la condición humana, cuya finalidad es adaptar y mejorar el rendimiento del individuo; sin embargo, dicha ansiedad también puede constituir una de las causas generadoras de un importante sufrimiento psicológico.

Aproximadamente el 25% de la población sufrirá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, siendo su prevalencia en la mujer el doble con respecto al varón.

Toda persona experimenta ansiedad de forma normal en algún momento de su vida cotidiana ante situaciones de incertidumbre; el problema surge cuando esa ansiedad normal y adaptativa aparece ante un peligro que no es real, o bien, cuando su intensidad y duración son muy superiores con relación a la causa que la originó.

En resumen, la causa del estrés es la presencia de un factor estresante, mientras que la ansiedad es el estrés que continúa después de que el factor estresante ha desaparecido.

Las principales características de la ansiedad patológica son las siguientes: gran profundidad, persistencia y recurrencia, deterioro del funcionamiento orgánico unido a un menor rendimiento en la actividad que se esté desarrollando, presencia de síntomas corporales al tiempo que es percibida por el individuo como un sentimiento vital, que en numerosas ocasiones comporta una reducción en la libertad del afectado.

En general, se admite que los trastornos de ansiedad no son enfermedades discretas, sino síndromes clínicos que pueden superponerse unos sobre otros, o incluso pueden presentarse junto con otros cuadros psiquiátricos o enfermedades médicas.

En lo que respecta a la clasificación, los trastornos de ansiedad se estructuran en función de la sintomatología predominante: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobias simples, trastorno de ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones, y finalmente, trastorno por estrés postraumático.

Seguidamente, se aborda con mayor profundidad la agorafobia y el trastorno de pánico.

Definición: agorafobia y trastorno de pánico

La agorafobia se define como el miedo patológico, el cual se caracteriza por su desproporción, irracionalidad e involuntariedad, miedo que aparece ante un conjunto de situaciones diferentes en las que la persona se siente indefensa ante la posibilidad de presentar crisis de pánico o alguno de sus síntomas específicos, especialmente mareos o diarrea, situaciones estas en las que el afectado no puede huir o recibir ayuda de forma inmediata.

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar en ausencia de peligro real, que se acompaña de descarga neurovegetativa, con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar.

El trastorno de pánico tiene como característica fundamental la presencia de crisis de pánico recurrentes, inesperadas y espontáneas, sin que exista un factor externo o un objeto temido que las desencadene; el denominado miedo al miedo, equivalente al miedo persistente



al padecimiento de una nueva crisis de pánico, miedo este que también se denomina ansiedad anticipatoria, es uno de los rasgos más significativos de este trastorno.

Epidemiología

La prevalencia del trastorno de pánico oscila entre el 1 y el 3% de la población general, habiéndose comprobado que aproximadamente el 5% de los pacientes atendidos en atención primaria cumplen criterios para su diagnóstico.

La agorafobia tiene una prevalencia anual del 0,3%. Esta patología suele comenzar habitualmente en la adolescencia tardía y en los primeros años de la tercera década de la vida. Afecta principalmente a la mujer, siendo la distribución por sexos de 2:1 en relación con el varón. En este sentido, la citada agorafobia tiene una mayor gravedad y comorbilidad psiquiátrica, así como una mayor carga genética que ambiental en el sexo femenino. Cuanto antes aparezca la enfermedad, mayor será la carga genética y peor la evolución. Por

lo general, esta patología tiene un carácter crónico, aunque con una intensidad muy variable a lo largo de la vida del afectado.

Conviene destacar la fuerte asociación existente entre agorafobia y trastorno de pánico, ya que el 75% de los pacientes que sufren la primera padecen también el segundo, frente al 50% en población general. Este tándem agorafobia-trastorno de pánico se diagnostica principalmente en pacientes que acuden con síntomas somáticos para los que no hay una clara justificación médica.

Como ya se ha mencionado, es frecuente que existan comorbilidades psiquiátricas, entre las que se incluyen la depresión y el alcoholismo, a lo que se une un porcentaje nada despreciable de intentos de suicidio.

Etiopatogenia

Si bien la etiopatogenia de la agorafobia-trastorno de pánico no está totalmente establecida, actualmente se admite que en su origen existen condicionantes genéticos y neurobiológicos.

Según las academias americanas de psiquiatría, la agorafobia se desarrolla en 3 pasos: inicialmente, aparecen crisis de pánico espontáneas, seguidas de una progresiva ansiedad anticipatoria con las consiguientes conductas de evitación, las cuales desembocan en la clínica agorafóbica; esta se considera la fase última y más grave del trastorno de pánico. Considerando la hipótesis neurobiológica, hay que destacar 2 hechos fundamentales:

- Por un lado, todas las conductas son aprendidas, asociándose en algún momento de la vida a estímulos favorables o desfavorables, lo que supone la adopción de una connotación que se va a mantener posteriormente. Según este planteamiento, la angustia sería el resultado de un proceso de condicionamiento, que supondría que los individuos que la sufren hubiesen aprendido erróneamente a asociar estímulos neutros con acontecimientos vividos de forma traumática y, consecuentemente, con carácter amenazante.
- Por otra parte, diferentes estudios han investigado el papel de la médula su-

prarrenal, la adrenalina, el ejercicio físico y la elevación del lactato iónico en las crisis de angustia que tienen lugar en personas ansiosas. Los citados estudios han conducido a proponer un modelo neuroanatómico para explicar los trastornos de ansiedad, según el cual el tronco cerebral, y específicamente, el locus coeruleus, sería el centro generador de la crisis de ansiedad, convirtiéndose el sistema límbico en la zona donde se ubicaría la ansiedad anticipatoria, mientras que el córtex prefrontal sería el lugar neuroanatómico en el que se originarían las conductas de evitación (fig. 1).

Según esta teoría, para que se produzca una crisis de pánico espontánea debe intervenir un mecanismo nervioso central de alarma, relacionado recientemente con los mecanismos de regulación respiratoria; siguiendo esta hipótesis, habría un mecanismo fisiológico para monitorizar el estado respiratorio, el cual interpretaría erróneamente una situación de asfixia, de forma que se produciría un distrés respiratorio agudo, generador a su vez, de hiperventilación, pánico y necesidad de huida. Esta falsa alarma de asfixia iría ligada a una hipersensibili-

dad de los quimiorreceptores medulares al dióxido de carbono.

Con relación a la importancia de la genética en la etiopatogenia de este trastorno, se ha observado un claro condicionamiento genético en el origen de las crisis de pánico; en este sentido, los estudios realizados en gemelos univitelinos muestran una mayor concordancia de trastorno de pánico, en relación con los gemelos bivitelinos. Al parecer, la herencia a través de un único gen parece altamente improbable, decantándose los estudios actuales por una herencia de tipo poligénico. Finalmente, se supone que lo que se hereda es más bien una susceptibilidad somática particularmente referida al sistema neurovegetativo.

En lo que respecta a los factores precipitantes, destacan la ansiedad de separación infantil y el prolapso de la válvula mitral, íntimamente ligados ambos al trastorno de pánico:

- La separación infantil genera una ansiedad relacionada con el alejamiento del hogar o de aquellas personas con las cuales el niño está vinculado emocionalmente, habiéndose comprobado que estos niños presentan una elevada

°prevalencia de trastorno de pánico en la edad adulta.

- El prolapso de la válvula mitral (fig. 2) y el trastorno de pánico, aparentemente, son manifestaciones de un mismo trastorno subyacente, el cual estaría relacionado con la hiperlaxitud articular propia de los trastornos de pánico, hiperlaxitud que constituiría una alteración fundamental del colágeno que también podría estar en el origen del prolapso de la válvula mitral.

Sintomatología

La agorafobia suele iniciarse cuando aparecen crisis de pánico espontáneas, las cuales, en su mayoría, tienen lugar cuando se realizan actividades o se está en un lugar emocionalmente neutro. Las situaciones más implicadas en el cuadro agorafóbico incluyen: utilización de transportes públicos, fundamentalmente metro y autobús; aglomeraciones tales como supermercados o grandes almacenes; lugares cerrados tipo teatros, ascensores, restaurantes; hacer colas, y en general, desplazarse lejos de casa o de otros lugares donde el enfermo se siente protegido. En los casos de mayor gravedad, el paciente adopta conductas de evitación, que pueden suponer la total reclusión en su domicilio.

Inicialmente, las crisis de pánico suelen tener un carácter espontáneo, aunque no es infrecuente que tales crisis se den con mayor facilidad en las situaciones propias de agorafobia que acaban de ser mencionadas.

La característica fundamental de las crisis de pánico es su aparición brusca, inesperada y recurrente. Durante esa crisis, el afectado experimenta un episodio de angustia o pánico intolerable que se manifiesta como un sentimiento de terror y aprensión, con miedo a la muerte, a enloquecer o enfermarse gravemente, acompañado dicho sentimiento de un cortejo somático que incluye disnea, palpitaciones y vahídos. La duración de este episodio oscila entre 20 y 30 minutos, alcanzando un máximo en menos de 10 minutos; ocasionalmente este episodio puede durar horas.

El síntoma básico del trastorno de pánico es la crisis de angustia o crisis de

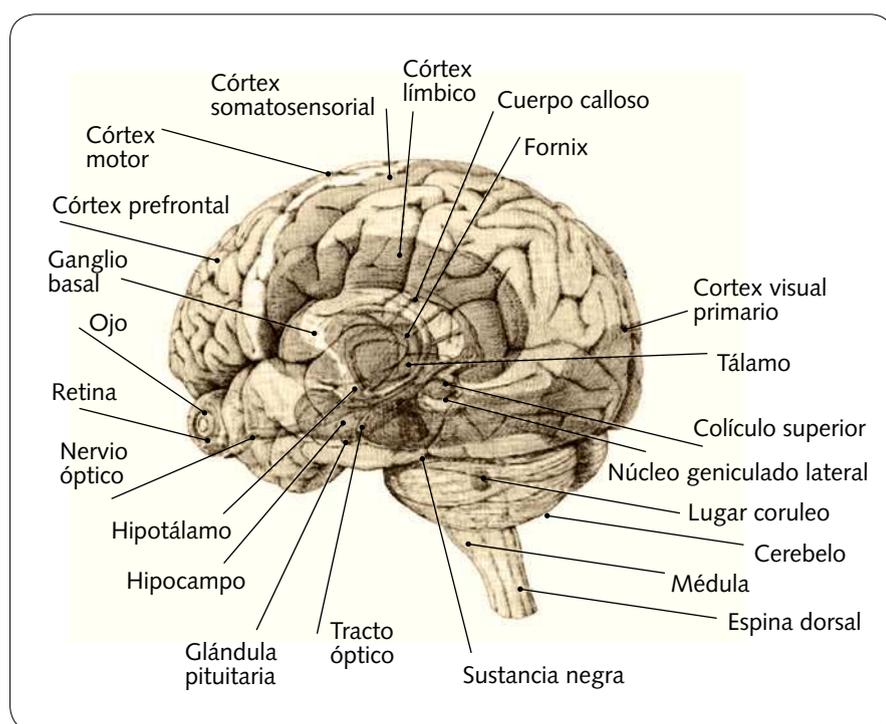


Fig. 1. El cerebro como centro generador de las crisis de ansiedad

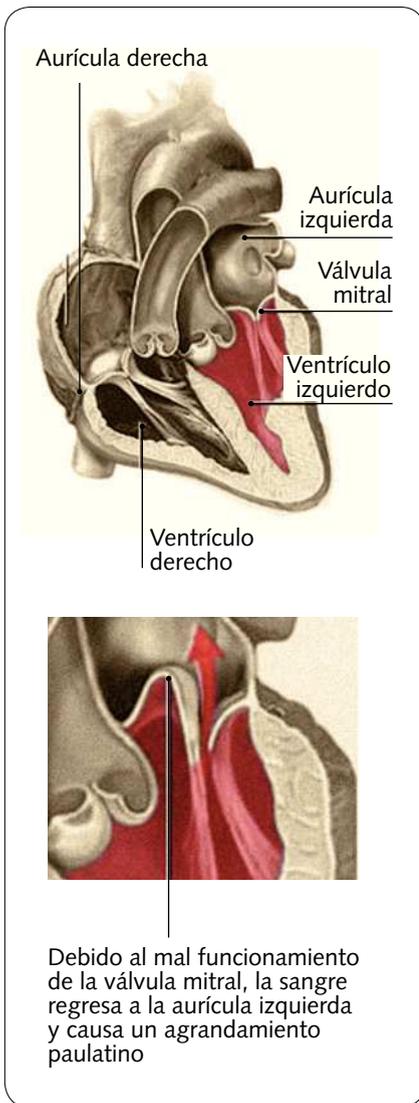


Fig. 2. Prolapso de la válvula mitral

pánico, caracterizada por sentimientos de aprensión, miedo o terror, unido a síntomas físicos que incluyen síntomas tan dispares como alteraciones cardiovasculares y respiratorias, molestias abdominales, a los que se unen sudoración, temblor, sensación de mareo, hormigueos y escalofríos.

Ante esta situación, es muy habitual que los pacientes acudan a los servicios de urgencias, realicen numerosas visitas a médicos generalistas y especialistas, al tiempo que solicitan exploraciones complementarias con el fin de detectar enfermedades médicas ocultas.

A medida que las crisis se van repitiendo, los afectados desarrollan un estado permanente de ansiedad, al tiempo que se vuelven extraordinariamente

aprensivos ante cualquier aspecto que tenga que ver con la salud, pudiendo aparecer preocupaciones hipocondríacas y somatizaciones.

Por otra parte, es relativamente común que muchos de estos pacientes intenten mitigar la ansiedad a base de ansiolíticos y/o alcohol, lo que genera además, cuadros de abuso y dependencia. En no pocos casos, los afectados desarrollan conductas de evitación, lo que supone rehuir de manera sistemática aquellas situaciones o lugares en los que sería difícil encontrar una salida o ayuda en el caso de que apareciera una nueva crisis de pánico; llegados a este punto, aparece uno de los numerosos miedos irracionales que caracterizan a las fobias, en concreto, se genera un cuadro de agorafobia, el cual disminuye enormemente la calidad de vida del afectado, a la vez que incrementa en gran medida su sufrimiento personal.

Comorbilidades

Como ya se ha mencionado, el trastorno de pánico se caracteriza por la aparición de numerosos síntomas físicos, por lo que es casi obligado descartar otras patologías como posibles causantes de este cortejo sintomático. Al mismo tiempo, también tiene gran importancia conocer otras enfermedades mentales capaces de coexistir con este trastorno.

Se analizan, seguidamente, las diferentes comorbilidades:

Patologías neurológicas

La presencia de mareos y cefalea es bastante habitual cuando se produce una crisis de pánico; es por ello, que muchos de los afectados acuden a la consulta de estos especialistas buscando una explicación y un tratamiento para estos síntomas.

En lo referente a la cefalea, esta es un síntoma muy común en pacientes afectados por algún desorden psiquiátrico, con independencia de que este pertenezca a la esfera ansiosa, o bien a la esfera afectiva. Por otra parte, también se ha comprobado la asociación existente entre cefalea de tipo migrañoso y crisis de pánico, habiéndose

dose puesto de manifiesto una mayor frecuencia y severidad de la migraña cuando coexiste con el trastorno de pánico.

El mareo es otro de los síntomas que refiere el paciente con trastorno de pánico; puede ser de diferentes etiologías: otológica, neurológica o cardiovascular. Si el origen es neuro-otológico, el mareo es descrito como una sensación de pérdida de estabilidad o de objetos girando alrededor del afectado. En este sentido, se ha comprobado la existencia de una disfunción vestibular en pacientes con trastorno de pánico y agorafobia; hasta el momento presente, no se dispone de más datos para aclarar esta relación.

Finalmente, la epilepsia es otro cuadro neurológico especialmente frecuente en pacientes con trastorno de pánico; se ha comprobado en numerosas ocasiones, que la distinción entre una crisis parcial compleja originada en el lóbulo temporal y una crisis de pánico es sumamente difícil de establecer.

Patologías cardíacas

Al considerar la relación entre síntomas cardíacos y crisis de pánico, se observa la siguiente paradoja: por un lado, tales síntomas (taquicardia, dolor torácico o palpitations) aparecen cuando hay una crisis de pánico en buena parte de los afectados; pero también se da la circunstancia de que el trastorno de pánico es una afectación frecuente en aquellos enfermos que sufren una determinada patología coronaria.

Al mismo tiempo, numerosos estudios indican que existe una mayor morbimortalidad de causa cardiovascular en los pacientes que sufren trastornos ansiosos, incluyendo entre ellos el trastorno de pánico. Esta asociación parece explicarse por el hecho de que los enfermos que sufren ansiedad tienen una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular: hipercolesterolemia, tabaquismo, hipertensión arterial...

Por último, ante la asociación de trastorno de pánico y prolapso de la válvula mitral, cabe señalar que el hallazgo de esta última en aquellos casos que no son susceptibles de complicación debe transmitirse al paciente con suma cautela para no alarmarlo aún más, no

debiendo olvidar que muchos de estos enfermos rayan la hipocondría.

Enfermedades gastrointestinales

En relación con las patologías gastrointestinales, su asociación con los cuadros ansiosos es conocida desde tiempos inmemoriales. En este sentido, la presencia de síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos) incrementa las posibilidades de padecer un trastorno de pánico; al mismo tiempo, los pacientes que sufren patología ansiosa tienen mayor riesgo de padecer colon irritable.

Síndrome de hiperlaxitud articular

El síndrome de hiperlaxitud articular, junto con el prolapso de la válvula mitral se asocian a una mayor probabilidad de padecer trastorno de pánico; de hecho, los pacientes afectados por ambas patologías triplican el riesgo de padecer dicho trastorno con respecto al grupo control.

La hiperlaxitud articular, caracterizada por un exagerado aumento de la movilidad articular, adquiere su máxima expresión en los contorsionistas; su prevalencia se sitúa en torno al 10% de la población general, siendo más frecuente en las mujeres y en los niños, en los cuales decrece su incidencia a medida que aumenta la edad.

Patologías respiratorias

Los estudios disponibles muestran una asociación entre trastorno de pánico y patología respiratoria, incluyendo en esta última el asma y cualquier otra enfermedad que obstruya de forma crónica el flujo aéreo. En este sentido, una de las características típicas de la crisis de pánico es la presencia de disnea, habiéndose postulado en su momento que en el origen de dicha crisis se incluía la hiperventilación.

Enfermedades endocrinas

Al considerar las patologías endocrinas en relación con el trastorno de pánico,

destacan entre ellas, las enfermedades tiroideas, y especialmente el hipertiroidismo, cuya sintomatología es muy similar a la que aparece en la crisis de angustia.

Otras enfermedades endocrinas capaces de originar una crisis de pánico son el hipoparatiroidismo y el feocromocitoma, si bien esta asociación no está tan demostrada como en el caso del hipertiroidismo.

Enfermedades mentales

El trastorno de pánico asociado a la agorafobia aparece tras sufrir una crisis de pánico; también es muy frecuente que el citado trastorno de pánico ocurra simultáneamente con el trastorno de ansiedad generalizada. En lo que respecta a las fobias específicas, es bastante habitual la asociación de trastorno de pánico y fobia social.

Respecto a otras comorbilidades con desórdenes mentales, merece especial mención la asociación entre trastorno de pánico y depresión, comorbilidad ampliamente demostrada y aceptada en psiquiatría. Hay autores que postulan que la depresión es un factor de riesgo que favorece la aparición del trastorno de pánico, mientras que para otros, la asociación es inversa; finalmente, otro grupo de investigadores afirman que ambas alteraciones son manifestaciones distintas de un trastorno común. Cuando existe esta comorbilidad, un 20% de los afectados realizan algún intento de suicidio. Por último, la comorbilidad pánico-depresión se caracteriza por una mayor gravedad y resistencia al tratamiento en comparación con los pacientes que solo padecen trastorno de pánico.

Otra comorbilidad, relativamente frecuente, es aquella que tiene lugar con el trastorno de personalidad, siendo el trastorno dependiente de la personalidad el más habitual en esta asociación.

Diagnóstico

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*, el trastorno de pánico se diagnostica cuando se cumplen las premisas que se describen seguidamente:

- Crisis de pánico recurrentes e inesperadas caracterizadas por un período discreto de miedo intenso o malestar, en el cual 4 o más de los siguientes síntomas se desarrollan rápidamente y alcanzan un máximo en un tiempo de alrededor de 10 minutos:

- Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas de los hombros, sequedad de boca.
- Síntomas en el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.
- Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, despersonalización o desrealización, miedo a perder el control, volverse loco o muerte inminente, miedo a la muerte.
- Síntomas de tensión: tensión muscular o dolores y parestesias, inquietud y dificultad para relajarse, sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental, sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- Síntomas generales: sofocos o escalofríos, sensación de entumecimiento u hormigueo.
- Otros síntomas no específicos: respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco debido a la preocupación o ansiedad, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño.

- Al menos una de las crisis ha sido seguida durante al menos un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

- Miedo persistente a tener una nueva crisis.
- Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o de sus consecuencias (perder el control, tener una crisis cardíaca o volverse loco).
- Un cambio en la conducta significativo y relacionado con la crisis.

- Presencia o ausencia de agorafobia (para consignar el subtipo).

- Las crisis de pánico no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

- Las crisis de pánico no son debidas a otra enfermedad mental.

La figura 3 muestra el esquema que debe seguirse para establecer el diagnóstico diferencial de una crisis de pánico.

En lo que respecta a la agorafobia, los criterios diagnósticos de la CIE-10 son los siguientes:

- Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad, y no secundarias a otros síntomas, como ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en al menos 2 de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o solo.
- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacable.

Tratamiento

Al abordar la clínica del trastorno de pánico, se ha señalado que el cortejo sintomático presente en esta patología incluye reacciones muy variadas, entre las que destacan las de tipo conductual, neurobiológico, psicosocial y cognitivo; todas estas reacciones deben ser abordadas al plantear una terapia eficaz. Es por ello que la psicoterapia desempeña un papel fundamental, quedando la psicofarmacología relegada a un segundo plano, cuya principal indicación es la complementariedad a la primera; sin embargo, no debe olvidarse que la opción farmacológica también resulta útil cuando no es posible aplicar un tratamiento psicoterapéutico, o bien, el paciente rechaza esta opción.

En el trastorno de pánico resulta fundamental conocer las circunstancias personales y ambientales del paciente, así como sus creencias y atribuciones respecto a la enfermedad. Se ha comprobado la especial utilidad de llevar a cabo una buena labor educativa del enfermo y de la familia, para lo que puede recurrirse al empleo de libros o panfletos divulgativos; también ha funcionado la incorporación del afectado en grupos de autoayuda.

Con relación a la terapia farmacológica, hay que distinguir entre la medicación que se emplea para hacer un

tratamiento inmediato y la usada en el tratamiento de mantenimiento.

- El tratamiento inmediato tiene como objetivo disminuir el nivel de ansiedad; habitualmente, suele emplearse alprazolam (0,5-1 mg) por vía sublingual. Esta dosis puede repetirse a los 15-20 minutos si es preciso. Por otra parte, no conviene olvidar que las crisis de pánico ceden de forma espontánea en 5-10 minutos, por lo que la atribución de la remisión al fármaco administrado no tiene mucho sentido, pues es posible que la crisis remita espontáneamente.
- El tratamiento de mantenimiento se pauta con la finalidad de suprimir las crisis de pánico; en esta etapa, la opción terapéutica más eficaz sería la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. Esta última incluye diversos grupos farmacológicos: antidepresivos y benzodiacepinas.

Habitualmente, los antidepresivos se emplean como tratamiento de base en lugar de las benzodiacepinas, ya que estas pueden generar dependencia e interferir en la realización de actividades cotidianas. Es frecuente iniciar el tratamiento empleando antidepresivos y benzodiacepinas conjuntamente con el fin de aprovechar la rapidez de acción de estas últimas, las cuales serán retiradas a las pocas semanas; se supone que durante este corto espacio de tiempo, las benzodiacepinas no crean dependencia.

Seguidamente, se analizan los principales grupos terapéuticos implicados en el tratamiento del trastorno de pánico y agorafobia.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Estos compuestos se consideran los fármacos de primera elección en el tratamiento de los trastornos de pánico, con independencia de que exista agorafobia o no.

Dosis iniciales: fluoxetina o paroxetina 10 mg/día, sertralina 25 mg/día, escitalopram 5 mg/día.

Las dosis se pueden incrementar a partir de la tercera semana, alcanzando, si es preciso, dosis máximas: fluoxetina

60 mg/día, sertralina 25-200 mg/día. La finalidad de este aumento es el control de los síntomas.

El tratamiento de estos síntomas debe mantenerse como mínimo un año antes de comenzar a disminuir la dosis.

En cuanto a los efectos secundarios, aproximadamente entre un 10 y un 15% no tolera las dosis mínimas con el consiguiente riesgo de abandono del tratamiento; no obstante, estos fármacos tienen un buen perfil de efectos adversos. Algunos de los más habituales incluyen disfunción sexual, alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, dispepsia...), ganancia de peso, alteraciones del sueño, hiperprolactinemia...

Antidepresivos tricíclicos

Estos fármacos requieren dosis más altas para controlar el trastorno de pánico, lo que implica una mayor presencia de efectos adversos, hecho este que justifica el que estos fármacos no se consideren compuestos de primera elección. Entre los principales efectos secundarios destacan sus acciones a nivel cardiovascular y anticolinérgico.

Los medicamentos con mayor eficacia en esta patología son imipramina y clomipramina.

Posología: comenzar con dosis bajas (imipramina 25-50 mg/día) y aumentar progresivamente hasta conseguir el control de síntomas (imipramina 125-200 mg/día).

El efecto terapéutico comienza a apreciarse al cabo de 4 o 6 semanas, siendo recomendable administrar durante este período benzodiacepinas, tal y como se ha mencionado con antelación.

Contraindicaciones: patología renal, prostática, hepática, cardíaca, embarazo, lactancia.

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Estos fármacos se reservan para pacientes que no han respondido a otros tratamientos, constituyendo actualmente un recurso inusual.

Los datos más sólidos avalan únicamente a la fenelcina y la tranilcipromina.

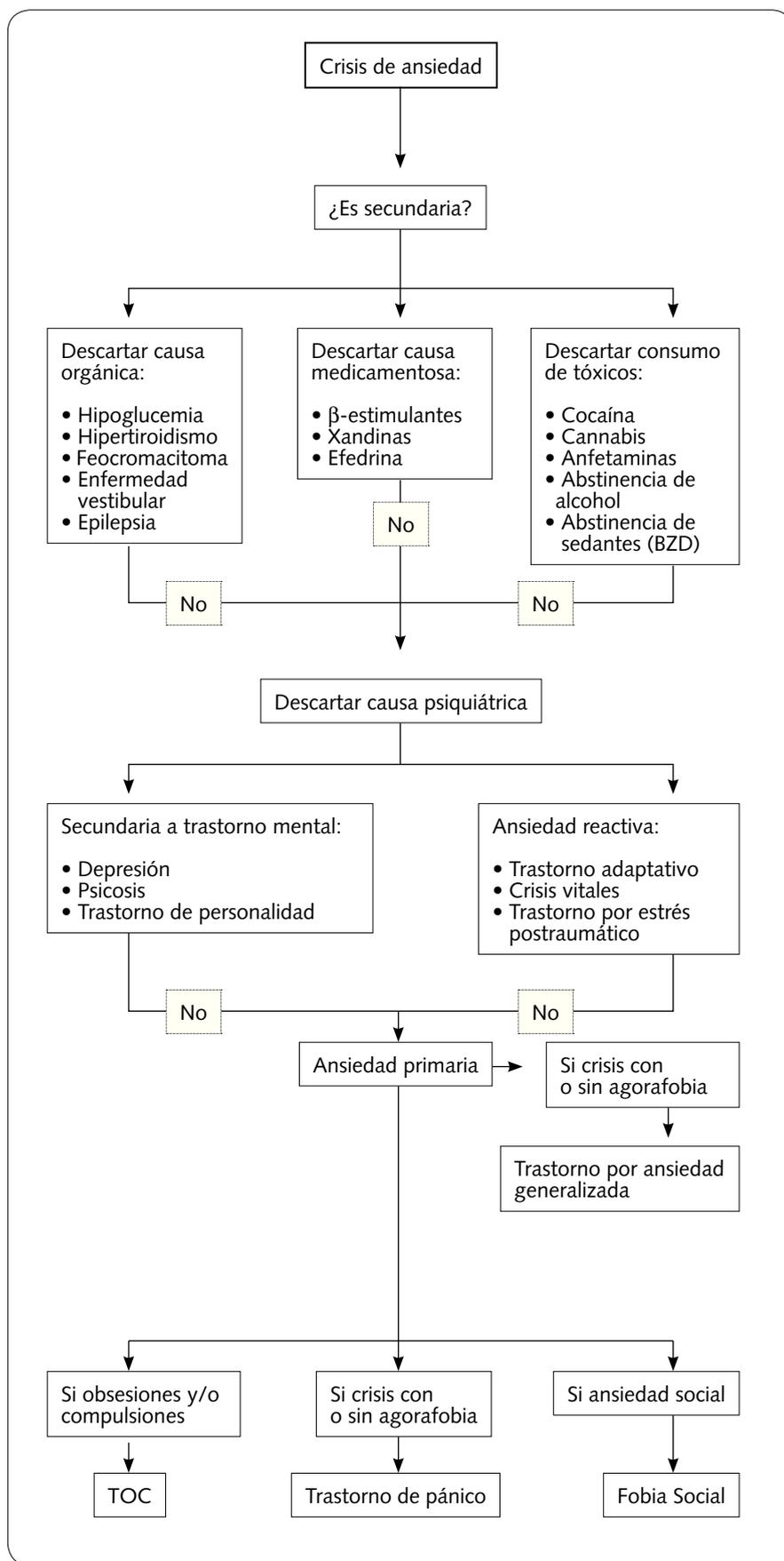


Fig. 3. Algoritmo para el diagnóstico diferencial de las crisis de pánico¹. BZD: benzodiazepinas; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

El empleo de estos compuestos queda muy limitado por el riesgo de crisis hipertensivas y las interacciones alimentarias que provocan.

Algunos inhibidores de la monoaminoxidasa más actuales, caracterizados por un efecto reversible y selectivo, como la moclobemida, son tan eficaces como los tradicionales, pero tienen un menor efecto sobre la tiramina. Contraindicaciones: patología renal, tiroidea, cardiovascular, embarazo, lactancia.

Benzodiazepinas

Estos compuestos no se consideran fármacos de primera elección; no obstante, la rapidez de su efecto, los convierte en los fármacos más idóneos para el tratamiento de las crisis de pánico.

Deben emplearse con suma precaución habida cuenta de su alto riesgo de dependencia, siendo preciso reducir la dosis progresivamente (20% cada 15 días) para evitar un síndrome de abstinencia.

La posología durante el período de mantenimiento es la siguiente: alprazolam (6 mg/día), clonazepam (1-3 mg/día), lorazepam (2-6 mg/día).

Sus principales efectos secundarios incluyen dependencia, deterioro cognitivo y abuso.

Otros fármacos

Otras alternativas farmacológicas son las siguientes:

- **Mirtazapina:** 15-30 mg/día; es un compuesto que reduce los síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad. Sus principales efectos secundarios incluyen mareo, somnolencia, manía, hipomanía, aumento del apetito y elevación de la alanina transaminasa.

- **Venlafaxina:** 37,5-75 mg/día; entre sus indicaciones se incluye el trastorno de pánico. Principales efectos adversos: somnolencia, náuseas, estreñimiento, sequedad de boca, nerviosismo, ansiedad, anorexia y disfunciones sexuales.

- **Duloxetina:** 30-60 mg/día; indicado igualmente en el trastorno de pánico.

Consejos útiles

Algunos consejos útiles que el farmacéutico puede dar a los afectados²:

- Recuerda que aunque tus sentimientos son muy atemorizadores, no son peligrosos ni dañinos.
- Comprende que lo que estás experimentando es solo una exageración de tus reacciones corporales normales ante el estrés.
- No luches contra tus sentimientos ni intentes alejarlos, cuanto menos te enfrentes a ellos menos intensos serán.
- No aumentes tu pánico pensando qué podría pasar. Si te encuentras preguntándote ¿qué pasaría si?, contéstate ¡bueno, ya está, solo es esto!
- Permanece en el presente. Date cuenta de lo que realmente te está pasando y oponlo a lo que piensas que podría pasar.
- Gradúa tu nivel de miedo desde 0 a 10 y mira si sube o baja. Verás que no permanece en altos niveles por más de unos segundos.
- Cuando te encuentres pensando qué te va a pasar, cambia tu pensamiento y lleva a cabo alguna tarea como contar hacia atrás desde 100 de 3 en 3.
- Se consciente de que cuando tú dejas de añadir sentimientos de temor a tu situación, tu miedo comienza a ceder.
- Cuando el pánico llega, acéptalo. Espera y dale tiempo a que pase sin salir corriendo.
- Siéntete orgulloso de ti mismo por tus progresos, y piensa lo bien que vas a sentirte cuando lo superes esta vez.

Sus efectos secundarios son similares a los del fármaco anterior.

- **Pregabalina:** 200-500 mg/día; ha sido introducido recientemente en la farmacoterapia del trastorno de pánico. Sus principales efectos secundarios son los mareos, la somnolencia y el aumento del apetito.

El farmacéutico comunitario ante el paciente con trastorno de pánico

Como ya se ha mencionado a lo largo del presente artículo, el paciente que sufre de trastorno de pánico se convierte en rehén de su propio miedo, lo que con frecuencia hace que este trastorno sea altamente invalidante para el afectado, a lo que se une una notable pérdida de calidad de vida.

De lo expuesto hasta ahora, se deduce que estos enfermos cuando sufren las primeras crisis inician una auténtica peregrinación por las consultas de diversos especialistas, con la “ilusión” de que alguno de ellos encuentre una alteración orgánica capaz de justificar los angustiosos síntomas que padecen. En esa peregrinación, las distintas pruebas que se les practican suelen arrojar un resultado negativo, por lo que no es de ex-

trañar que en alguna de esas consultas, cualquier “mente brillante” les suelte el temido “usted no tiene nada”, expresión esta que no hace más que incrementar el sufrimiento del paciente, que puede creer que nadie entiende su padecimiento, y que el mismo solo es una sugestión cuya carente de cualquier explicación medianamente lógica.

Ante este panorama, el farmacéutico comunitario, al igual que otros sanitarios (médico de cabecera, ATS...), más o menos cercanos al paciente, deben hacerle entender que el trastorno de pánico es una enfermedad real e importante, que puede afectar notablemente a la vida del afectado, pero que por fortuna se cura instaurando un tratamiento apropiado, que debe incluir psicoterapia y psicofármacos. □

Bibliografía general

- Ansiedad en Atención Primaria. El médico interactivo. (Internet) 2003 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema4/ansiedad3.htm>
- Ayuso JL. El médico de atención primaria ante el paciente con trastorno de pánico. Salud Global (Internet). 2003;3 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUD%20MENTAL%203-3.pdf>
- Beltrán-Mateos LD, Santa Cruz-Ruiz S, Coscarón-Bernabé E, Solana-Sorribas J, Gil-Melcón M, Batuecas-Caletrío A. Inseguridad

fóbica ortostática. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58:393-400.

- Cerecedo MJ, Dapena JM. Técnica de exposición en el trastorno de pánico. Abordaje en la consulta de atención primaria. C@P revista de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (Internet). 2007 [consultado 3 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.capsemfyc.com/imprimir/imprimirPagina.php>
- Chinchilla A. Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Salud Global. (Internet). 2002;1 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/saludmental12002.pdf>
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez Planell L. Agorafobia. Med Clin (Barc). 2002;119:60-5.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2005.
- Escamilla I. Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. Medicine. 2011;10:5725-33.
- García-Parajua P, Magariños M. Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine. 2007;9:5414-20.
- Gradin C, Alonso I. Trastorno de ansiedad. Crisis de pánico. Servicio Navarro de Salud, [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20urgencias>
- Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Tratamiento farmacológico de la ansiedad. Medicine. 2007;9:5421-8.
- Martínez MR, Alonso F, Rodríguez FJ. Crisis de pánico. Guías clínicas. Elsevier; 2012 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guías-clínicas/crisis-panico>
- Millán A. Trastornos de pánico. Guía para el manejo de urgencias. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guías_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiátricas/Trastorno_de_panico.pdf
- Saiz J, Montes JM. Trastornos de ansiedad. Medicine. 2003;8:5693-703.
- Saiz J, Montes JM, Ibáñez A. Trastorno de angustia y comorbilidad. Interpsiquis. 2001 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.inte>
- Schlatter J, Gamazo P. Trastornos de ansiedad (II). Fobias. Trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine. 2011;10:5734-41.
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS n 2006/10. ISBN: 978-84-451-3155-8.

Notas

1. Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la crisis de ansiedad y pánico. Criterios de ingreso hospitalario. Medicine. 2007;9:5432-5.
2. Martínez MR, Alonso F, Rodríguez FJ. Información para las personas con crisis de pánico, crisis de ansiedad o crisis de angustia. Información y consejos para pacientes. Elsevier; 2012 [consultado 5 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/crisis-panico-crisis-ansiedad/>