

formación continuada

TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Manejo de la ansiedad en Atención Primaria

M. M. Garrido Picazo

Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Madrid. España.

Los trastornos de ansiedad conllevan un detrimento importante en la calidad de vida de los pacientes que los padecen. Nuestra labor como médicos sería tratarlos adecuadamente evitando producir más yatrogenia.

Actualmente existe un consumo excesivo de ansiolíticos que no se traduce en un aumento del nivel de salud de estos pacientes, ni DE su calidad de vida. Este consumo excesivo ha producido fenómenos de tolerancia, dependencia y, consecuentemente, fenómenos de abstinencia.

Para tratar estos trastornos el médico de familia cuenta con una serie de recursos, no sólo farmacológicos sino también no farmacológicos, que combinados aumentarán su efectividad y lograrán una mayor implicación del paciente en su proceso y por tanto en su tratamiento. Conseguimos con ello disminuir los efectos secundarios adversos y colaboramos para que el paciente adopte una actitud más activa y responsable frente a su enfermedad.

Palabras clave: ansiolíticos, ansiedad, Atención Primaria.

Anxiety disorders entail significant impairment in the quality of life of patients who suffer them. Our role as physicians would be that of adequately treating them, and preventing the production of more iatrogenic anxiety.

Consumption of an anxiolytic is currently excessive and has not meant an increase in the health of these patients or in their quality of life. This excessive consumption has caused tolerability, dependency phenomena and consequently abstinence phenomena.

The family doctor has a series of both drug and non-drug resources to treat these disorders. If they are combined, they would increase their effectiveness and achieve greater involvement of the patient in the condition and thus in the treatment. By doing this, we can decrease adverse effects and collaborate in having the patient adopt a more active and responsible attitude towards his or her disease.

Key words: anxiolytics, anxiety, Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental en la población general tienen una prevalencia que se acerca al 30%. Esta cifra desciende hasta un 20% entre la población que consulta en Atención Primaria. La detectada en Atención Primaria alcanza un 10%. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes realizados en las consultas son los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos de ansiedad, el alcoholismo y las toxicomanías, la patología psico-orgánica y finalmente las psicosis¹.

Por su alta prevalencia, su impacto social, su gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes y el excesivo abuso que actualmente se está haciendo de los ansiolíticos sería conveniente hacer un repaso de los diferentes recursos que existen para el abordaje de la ansiedad.

La ansiedad es un sentimiento normal ante determinadas situaciones; sólo cuando sobrepasa ciertos límites o la capacidad adaptativa del individuo, se convierte en patológica.

Los desórdenes por ansiedad se caracterizan por síntomas de aprehensión excesiva o una tensión mental lo suficientemente seria como para impedir las actividades diarias. Las formas más comunes son la ansiedad situacional o la relacionada con el estrés, los desórdenes fóbicos, el desorden de ansiedad generalizada, el desorden de pánico y el desorden obsesivo-compulsivo.

Ante un cuadro de ansiedad sería conveniente seguir un esquema de actuación para poder clasificarla y tratarla conforme a los diferentes diagnósticos diferenciales. Todo esto tiene como base una buena historia clínica²:

1) ¿La ansiedad aparece en respuesta a un estrés agudo ante un problema vital: accidente, muerte, separación, etc.? En la terminología del sistema de clasificación de las enfermedades mentales (DSM IV) sería un trastorno adaptativo con ansiedad³.

Correspondencia: M. M. Garrido Picazo.
Centro de Salud Silvano.
C/ Silvano. Madrid. España.
Correo electrónico: margarrido2208@hotmail.com

Recibido el 29-11-07; aceptado para su publicación el 29-04-08.

2) ¿Aparece la ansiedad en el contexto de una enfermedad o tratamiento médico o como consecuencia del consumo de sustancias? Aquí se estima si la ansiedad es consecuencia de un trastorno médico como pueden ser enfermedades endocrinológicas (hipertiroidismo), cardiovasculares (arritmias), respiratorias (asma), metabólicas, neurológicas y otras; si es consecuencia de fármacos: broncodilatadores, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS]), tiroxina..., o consecuencia del consumo o abstinencia de sustancias: alcohol, cafeína, heroína, cocaína, anfetamina y derivados, etc.

3) ¿Encontramos la ansiedad dentro de otro cuadro psiquiátrico? Referidos sobre todo a cuadros psicóticos y afectivos.

4) ¿Se trata de un trastorno primario de ansiedad? Podemos encontrar síntomas de ansiedad ante diferentes situaciones:

– Fobia simple o específica: ante situaciones u objetos específicos.

– Fobia social: ante situaciones en las que el sujeto se ve expuesto a una posible evaluación.

– Trastorno obsesivo-compulsivo: en relación con pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y/o rituales recurrentes (compulsiones).

– Trastorno por estrés postraumático: ante la reexperimentación de un acontecimiento altamente traumático.

– Trastorno por ansiedad generalizada: cuando aparece como forma de preocupación excesiva por todo, sin causa aparente y desde hace mucho tiempo.

– Crisis de angustia o de pánico: cuando se manifiesta en forma de crisis súbitas, intensas e inesperadas. Este modo de presentación constituye la causa más frecuente y característica en los Servicios de Urgencias.

– Trastorno por angustia: si las crisis se repiten.

– Trastorno mixto ansioso-depresivo: a veces es difícil diferenciar si es debido a un cuadro ansioso o depresivo.

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

Solamente cuando la ansiedad es muy intensa y desborda la capacidad del sujeto para reaccionar de forma adaptativa, interfiriendo con la actividad cotidiana, debe considerarse el tratamiento.

Tratamientos no farmacológicos

– Disminuir o discontinuar la cafeína y otros estimulantes del sistema nervioso central (SNC).

– Minimizar el uso de alcohol y otros sedantes o hipnóticos.

– Regular el ejercicio aeróbico, de forma que dure más de 20 minutos. Esta recomendación se basa en un metaanálisis de 104 estudios con un total de 3.048 pacientes^{4,5}.

– Si es apropiado, involucrar al paciente en un programa de salud mental local u otro grupo de apoyo disponible.

– Utilizar estrategias para el manejo de la ansiedad como pueden ser la psicoterapia y las técnicas de relajación.

– Ante un síndrome de hiperventilación con parestesias

en las manos y en la boca, mareo debido a la hipercapnia y alcalosis respiratoria es útil decir al paciente que respire en una bolsa de papel para normalizar el nivel de carbónico.

Psicoterapia

Características de la comunicación en la entrevista con el paciente ansioso:

– La actitud del profesional debe ser empática, terapéutica y que ayude a tranquilizar al paciente.

– Hay que animarle a que manifieste sus miedos y preocupaciones.

– Movilizar la autoestima del paciente, ¿cómo resolvió casos anteriores?

– Transmitir un optimismo realista.

– Fomentar una actitud participativa del paciente, en donde sea él mismo el que aporte soluciones.

– Se realizará la valoración del deterioro y la gravedad del cuadro y explicaremos al paciente el origen de sus síntomas, lo que le ayudará a entender que ni va a volverse loco, ni va a tener un ataque al corazón².

– Nunca se le dirá que no tiene nada, ya que esto aumentará su nivel de ansiedad.

– Se hará una evaluación y movilización de recursos sociales y familiares para apoyar al paciente.

– Pueden ser útiles técnicas sencillas de relajación como una respiración tranquila y lenta abdominal.

– Organizar un plan de seguimiento.

La evidencia demuestra que en la mayoría de los casos los mejores resultados se obtienen con un tratamiento mixto, psicoterapia y farmacológico, especialmente en el caso de la ansiedad generalizada⁶.

Las psicoterapias dinámicas suponen que la conducta está determinada por las realidades presentes y por la experiencia pasada⁶. El sector conflictivo de la experiencia personal puede estar escondido en el inconsciente, ejerciendo un papel importante en la determinación de la situación presente y en el funcionamiento del sujeto. Con este tipo de psicoterapia se estimula al sujeto para que hable libremente sobre cualquier pensamiento o sentimiento que aflore a su mente, sin que trate de rechazarlos. En general, son técnicas que necesitan mucho tiempo y un cierto nivel de psicologización por parte del sujeto.

Con la relajación muscular, técnica más utilizada, los mensajes de calma procedentes de las terminaciones de los husos musculares provocan una respuesta de disminución del nivel de actividad del SNC.

Dentro de las psicoterapias estructuradas, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado resultados eficaces y comparables a los psicofármacos en algunos cuadros clínicos como son la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias, etc.

La psicoterapia parece proporcionar al paciente una mayor percepción de satisfacción, autoconfianza y autoeficacia que el tratamiento farmacológico.

Los resultados parecen ser mejores que los de los fármacos cuanto menos biológica es la patogenia del trastorno psiquiátrico.

Las intervenciones psicoterapéuticas menores como son el consejo médico, la psico-educación, la terapia de apoyo y la terapia de resolución de problemas pueden ser muy útiles y fáciles de aplicar en Atención Primaria, no sólo por médicos sino también por el personal de enfermería, trabajadores sociales, educadores, etc. Estas técnicas pueden proporcionar unos resultados de eficacia similares a las psicoterapias estructuradas en las patologías ansiosas leves o reactivas⁷.

El consejo terapéutico es una intervención de corta duración, focalizada en una determinada situación conflictiva y en los problemas personales y del entorno vital del paciente. Hay que evitar centrarse en el análisis de conflictos enraizados en la biografía pasada del paciente¹.

La terapia de apoyo pretende establecer una relación empática y que transmita calma y confianza, proporcionar una explicación racional de los síntomas del paciente, ofrecer información sobre el tratamiento y evolución, guiar al paciente en su relación con el entorno y conseguir implicar al paciente y a la familia en el tratamiento, todo ello dentro de objetivos realistas^{1,8}.

La terapia de resolución de problemas tiene un valor demostrado en Atención Primaria para pacientes depresivos y para los de riesgo suicida. Es una adaptación práctica de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal.

Tratamientos farmacológicos

Si los síntomas son severos estará indicado el tratamiento farmacológico inicial⁹.

Las benzodiacepinas son el grupo psicofarmacológico empleado con mayor frecuencia como ansiolítico y sedante, estando especialmente indicadas en los trastornos de ansiedad.

En situaciones de urgencia es conveniente usar benzodiacepinas de alta potencia, como el alprazolam y el clonazepam, que proporcionan un rápido alivio de la sintomatología. En nuestro medio, alprazolam en dosis de 0,5 mg, administrado por vía sublingual u oral, y que se puede repetir a los 20 minutos, es una buena alternativa. Otras opciones son diazepam 5-10 mg, cloracepato dipotásico 5-15 mg o lorazepam 1-2 mg. Por vía oral todas las benzodiacepinas se absorben con facilidad. La absorción por vía intramuscular y rectal es errática, por lo que deben ser evitadas estas vías. Con la vía intravenosa hay que tener precauciones por el riesgo potencial de parada respiratoria, por ello hay que disponer de medidas de reanimación incluyendo flumanezilo.

El uso a largo plazo de las benzodiacepinas debe estar seguido de una supervisión estrecha por los efectos adversos, el riesgo de abuso, la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia.

Los efectos adversos más frecuentes son:

- Somnolencia o sedación que pueden producir caídas y fracturas, sobre todo en ancianos.

- Hipotonía muscular.
- Ataxia.
- Depresión respiratoria.
- Amnesia anterógrada con disminución de la atención y de la concentración, fomentando síndromes confusionales especialmente en el anciano.
- Nistagmo.
- Disartria.
- Reacciones paradójicas: irritabilidad, agresividad, excitación.

Las contraindicaciones para el uso de benzodiacepinas son *miastenia gravis*, insuficiencia respiratoria grave, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia hepática grave (usar loracepam u oxacepam), coma, shock o intoxicación etílica aguda, embarazo y lactancia¹.

Para el tratamiento a más largo plazo de los trastornos de ansiedad los ISRS son los agentes recomendados en primer lugar, con un nivel A de evidencia².

La buspirona tiene una serie de ventajas en relación con las benzodiacepinas, como es la ausencia de dependencia física y la abstinencia, carece de efecto sedante y amnésante, no disminuye el rendimiento psicomotor, además de no interaccionar con el alcohol ni con otros depresores del SNC. Pero también presenta una serie de inconvenientes como son su retraso en el inicio del efecto ansiolítico (hasta dos semanas) y que es ineficaz en pacientes tratados previamente con benzodiacepinas.

Otros fármacos que se han utilizado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad han sido los antihistamínicos y los bloqueadores betaadrenérgicos.

Se están desarrollando nuevos fármacos ansiolíticos como son las beta-carbolinas: bretazenil y abecarnil. Otros nuevos fármacos son los antagonistas de los receptores de colecistoquinina, la gabapentina y los moduladores del receptor GABA-a⁶.

Manejo en las situaciones específicas

Trastorno adaptativo o ansiedad situacional

La actuación ha de basarse principalmente en la psicoterapia; si fuese preciso podría utilizarse alguna benzodiacepina de acción rápida, intentando que el tratamiento fuese lo más corto posible, como mucho una semana.

Ansiedad secundaria a problemas médicos o a tratamientos farmacológicos

Aquí lo principal es atender el problema médico. Si precisa medicación, el loracepam puede ser una buena alternativa por su escasa metabolización. Esto hace que esté especialmente indicado en ancianos y en hepatopatías.

Si se sospecha que la causa de la ansiedad es un tratamiento farmacológico, habría que valorar la retirada o su disminución.

Ansiedad secundaria al trastorno por uso de sustancias: alcohol u otras drogas

Es prioritario el abordaje del trastorno subyacente, que en general complica el manejo de la ansiedad de estos pa-

cientes. Generalmente requieren un abordaje a nivel especializado, ya que no es conveniente el uso de benzodiacepinas por su potencial riesgo de abuso.

Ansiedad secundaria a otro trastorno psiquiátrico

Habrá que tratar el trastorno psiquiátrico de fondo: si es una depresión, pautar un antidepresivo y si es un trastorno psicótico se tratará con un neuroléptico. Si fuese necesario se podría asociar una benzodiacepina. No olvidar los aspectos psicosociales de estos trastornos.

Trastornos de ansiedad

Fobia simple o específica. El tratamiento de elección es la terapia de exposición al objeto o situación temida.

Se pueden tomar bloqueadores beta, por ejemplo el propanolol en dosis de 10-40 mg tomado 45 o 60 minutos antes de la situación estresante (examen, hablar en público, etc.).

Fobia social. La terapia cognitivo-conductual es de elección, sobre todo mediante terapias de exposición a la situación temida. Los ISRS también pueden ser útiles especialmente la paroxetina.

Trastorno por angustia o de pánico. La psicoterapia de elección es la terapia cognitivo-conductual.

Las benzodiacepinas de alta potencia como alprazolam y clonacepam son eficaces, proporcionando un alivio rápido. Pero la reducción y suspensión de estos fármacos se asocian a recaídas frecuentes, aparte de los fenómenos de tolerancia y dependencia que se producen por su uso. Entre los ISRS han demostrado eficacia la fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y paroxetina. La clorimipramina es efectiva en dosis de 50-100 mg al día durante 6-12 semanas.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Tienen una evidencia nivel A tanto la clorimipramina, como los ISRS.

La clorimipramina en dosis de 100-300 mg.

En los ISRS, la recomendación inicial es usarlos durante 10-12 semanas. Han demostrado eficacia la paroxetina, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina.

Trastorno por ansiedad generalizada. Con un nivel de evidencia A la terapia conductual ha demostrado ser eficaz. Con el mismo nivel de evidencia a largo plazo los antidepresivos deben ser considerados más indicados que las benzodiacepinas. Dentro de los antidepresivos presentan nivel de evidencia A paroxetina y venlafaxina. Venlafaxina como ansiolítico (en dosis de 75 a 225 mg al día) está sólidamente documentada como agente de primera elección en el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, recibiendo la aprobación en esta indicación en distintos países, incluido España. Los antidepresivos tricíclicos no han constituido una opción terapéutica

común en la ansiedad generalizada debido al perfil de efectos secundarios.

Trastorno mixto ansioso-depresivo. Los antidepresivos tienen buenas propiedades ansiolíticas, por lo que son de elección en la depresión coexistente con ansiedad. Nivel de evidencia A tienen algunos ISRS y la venlafaxina.

Criterios de derivación a psiquiatría

La mayoría de los pacientes que presentan trastornos de ansiedad pueden ser atendidos en Atención Primaria. Los pacientes con sospecha de trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés traumático, por sus dificultades de tratamiento y su pronóstico desfavorable, son inicialmente subsidiarios de derivación a atención especializada en salud mental. Los criterios más frecuentes de derivación son los siguientes:

- Si existe riesgo de suicidio.
- Coexistencia con problemas de alcohol y/o drogas.
- Ante la existencia de síntomas psicóticos.
- Ante síntomas severos y complejos.
- Si fracasa el tratamiento inicial pautado o resistencia al tratamiento.
- Dificultad en la valoración de la incapacidad laboral.
- Dudas en el diagnóstico diferencial y en la necesidad de tratamiento.
- Necesidad de intervenciones psicoterapéuticas especializadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragüés M, Fernández Esteban I, Jiménez Arriero MA, et al. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Revisión 2003. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/farmacia/recomendaciones>.
2. Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira JM, López García C. El paciente ansioso. Guías Clínicas. 2005;5(38). Disponible en <http://www.fisterra.com>.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Atención Primaria. DSM-IV-TR. AP. Masson. Barcelona. 2004.
4. Botargues MM, Lewin G. Manejo de los desórdenes por ansiedad en Atención Primaria. Therapeutics Letter en español traducido con la autorización de Therapeutics Letter # 18, febrero/ marzo/ abril 1997. Disponible en <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter18.htm>.
5. Petruzzello SJ, Landers DM, Hatfield BD, Kubitz KA, Salazar W. A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Sports Medicine. 1991;11:143-82.
6. Ayuso Gutiérrez JL. El médico de Atención Primaria ante el paciente con ansiedad generalizada. Salud Global. Salud Mental. 2002; Año II, nº 6. Disponible en <http://www.grupoaulamedica.com>.
7. Rowland N. GAT is counselling. En: Corney R, Jenkins R, editors. Counselling in general practice. London: Routledge; 1992.
8. Tylee A. Counselling in primary care. Lancet. 1997;350:1643.
9. De la Serna de Pedro I. Psicofármacos en geriatría. Psiquiatría 21. Ars Médica. 2006; cap.3. p. 55-76.