

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez © María Adelaida Posada Uribe
© Carmenza A. Ricardo Ramírez © María Botero Urrea
© Diego Espíndola Fernández © María Carolina González Romero
© José Gabriel Franco Vásquez © María Margarita Villa García
© Juan Diego Corzo Casadiego © Natalia Gutiérrez Ochoa
© Marcela Alviz Núñez © Ricardo Antonio Consuegra Peña
© María Victoria Ocampo Saldarriaga © Yeison Felipe Gutiérrez Vélez
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Enfoque del paciente con trastornos de ansiedad descompensados

María Carolina González Romero*

Resumen

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más comunes, con una prevalencia a un año del 18%. Tienen un alto impacto en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, por lo cual es fundamental conocer cuál es su abordaje desde el primer nivel de atención. La ansiedad como síntoma se entiende como la anticipación a una posible amenaza futura, la cual es excesiva o desproporcionada y se acompaña de hipervigilancia, preocupación excesiva, hiperactivación autonómica y comportamientos evitativos. En el abordaje de estos pacientes es importante descartar cualquier causa secundaria que esté generando los síntomas ansiosos, ya sea una enfermedad médica, sustancia psicoactiva o medicamento. Para esto se recomienda realizar una completa historia clínica y examen físico, así como paraclínicos orientados a la sospecha diagnóstica. Se reconocen nueve trastornos de ansiedad, siendo los más prevalentes la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada. Para diferenciar cada uno, debe determinarse cuál es el foco de preocupación o de ansiedad del paciente. El tratamiento consiste en psicoterapia (idealmente cognitivo conductual) y farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Ansiedad; Trastornos de ansiedad; Pánico; Ansiolítico

* Médica general, Universidad CES, residente de segundo año de Psiquiatría, Universidad Pontificia Bolivariana. maria.gonzalezro@upb.edu.co



1. Introducción

La ansiedad es definida por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM 5 por sus siglas en inglés), como la anticipación a una amenaza futura.¹ Es un estado emocional adaptativo que funciona como señal de un potencial peligro en el ambiente, y facilita el despliegue de estrategias de afrontamiento.² Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en patológica cuando se presenta con preocupación excesiva o desproporcionada a la amenaza real, cuando los síntomas son persistentes, aparecen comportamientos evitativos, malestar significativo o alteración en la funcionalidad.^{2,3} El DSM 5 – revisión de texto (DSM 5 -TR) reconoce nueve trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos y trastorno de ansiedad debido a otra condición médica.⁴ Nos enfocaremos en fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, debido a que presentan una mayor prevalencia. Este capítulo pretende abarcar el abordaje de los pacientes con trastornos de ansiedad descompensados enfocándonos en el manejo agudo, por ejemplo, cómo tratar un ataque de pánico en el servicio de urgencias o un trastorno de ansiedad generalizada descompensado en el servicio de consulta externa.

2. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más comunes, se estima una prevalencia a un año del 18% en adultos, siendo dos veces más comunes en las mujeres en edad reproductiva que en los hombres; y una prevalencia de vida del 15 al 20% en niños y adolescentes.² En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 reportó una prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad del 3,9% en adultos y del 5% en adolescentes.⁵ Son además enfermedades con un alto impacto en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, para el 2019 en la lista de las principales 25 causas de años vividos con discapacidad, los trastornos de ansiedad ocuparon el puesto nú-

mero ocho.⁶ En los últimos años, posterior a la pandemia del COVID-19, se estima que la prevalencia de ansiedad ha aumentado hasta un 25% asociado a los efectos deletéreos que tuvo la enfermedad en la salud física y mental de la población, esto debido a los períodos de confinamiento indefinidos, la incertidumbre sobre el curso y tratamiento de la enfermedad, la pérdida masiva de empleos y el fallecimiento de seres queridos, entre muchos otros factores.⁷

Existe una alta comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad, aproximadamente la mitad de los pacientes con algún trastorno de ansiedad presentará otro en algún punto de su vida. Se presenta además una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor, trastorno por uso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastornos de personalidad.³

3. La ansiedad como síntoma

La ansiedad como síntoma se entiende como la anticipación a una posible amenaza futura, la cual es excesiva para la real amenaza o que ocurre en situaciones donde no se esperaría que se generara ansiedad. Está acompañada por hipervigilancia, preocupación excesiva, hiperactivación autonómica y comportamientos evitativos. Puede estar presente en cualquier otra enfermedad psiquiátrica y predice un peor pronóstico, e incluso puede haber síntomas ansiosos en un paciente que no cumple criterios para alguno de los trastornos de ansiedad.²

Para iniciar el abordaje del paciente en quien se sospecha ansiedad o un trastorno relacionado, puede ser útil realizar la siguiente pregunta de tamizaje: ¿durante las últimas dos semanas qué tanto ha presentado alguno de los siguientes problemas?

- Sentirse nervioso, ansioso, asustado, preocupado o con los nervios de punta.
- Sentir pánico.
- Evitar situaciones que lo ponen ansioso.



Si el paciente responde que ha presentado de forma significativa cualquiera de estos problemas, es necesario ampliar la historia clínica para establecer si es una ansiedad patológica según las características que mencionamos anteriormente. Primero, es importante descartar cualquier causa secundaria que esté generando los síntomas ansiosos, ya sea una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo, crisis asmática, enfermedad coronaria, feocromocitoma), alguna sustancia psicoactiva (cocaína, estimulantes, abstinencia alcohólica, entre otros) o medicamento (estimulantes, agentes dopaminérgicos, agonistas beta-adrenérgicos, teofilina, esteroides).^{8,9} Para esto se recomienda realizar una completa historia clínica y examen físico, así como los siguientes paraclínicos iniciales:⁹

- Hemoleucograma.
- Glicemia en ayunas.
- Perfil lipídico.
- Hormona estimulante de la tiroides (TSH).
- Ionograma.
- Enzimas hepáticas.
- Tóxicos en orina.

Una vez que se descarten las causas secundarias, es importante definir si el cuadro clínico configura alguno de los principales trastornos de ansiedad que abordaremos a lo largo del capítulo. Para realizar el diagnóstico diferencial entre los diferentes trastornos de ansiedad es importante determinar cuál es la preocupación o temor central del paciente. En el caso de la fobia específica, el temor es hacia un objeto, animal o situación específica (arañas, agujas, estar en alturas, entre otros). En el trastorno de ansiedad social, el temor o ansiedad es hacia las situaciones sociales donde el paciente pueda ser evaluado de forma negativa por otros. En el trastorno de pánico, hay preocupación por presentar nuevas crisis de pánico. En cambio, en el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y preocupación está enfocada hacia múltiples aspectos de la vida cotidiana, como el trabajo, el estudio, la familia.³

4. Fobia específica

Las fobias específicas se caracterizan por miedo irracional y evitación a un objeto o situación en específico (animales, sangre, agujas, tormentas, espacios cerrados, estar en alturas, volar, entre muchos otros), lo cual persiste en el tiempo y se asocia a malestar clínicamente significativo o alteración en la funcionalidad.¹⁰ Para realizar el diagnóstico, el DSM 5 - TR plantea además que el miedo o ansiedad sean desproporcionados para el real peligro que significa dicho objeto o situación y que los síntomas lleven 6 meses o más.⁴

Los diferentes estudios en población general plantean una prevalencia de vida en promedio del 7,2% y hasta del 12%; a pesar de ser el trastorno de ansiedad más común, pocos pacientes consultan.^{3,10} Los síntomas suelen aparecer en la infancia entre los 5 y 12 años, sin embargo, esto puede variar según el tipo de fobia, por ejemplo, en las fobias situacionales como la fobia a manejar o la claustrofobia, los síntomas suelen aparecer en la adolescencia tardía o la adultez temprana.⁹ El curso es crónico, algunos estudios evidencian que del 25 al 38% de los pacientes persiste con el trastorno luego de 10 años. La mayoría de los pacientes tiene una o más fobias, lo cual aumenta la gravedad del cuadro y la discapacidad asociada. Además, tener una fobia específica aumenta casi cuatro veces el riesgo de presentar otro trastorno de ansiedad y dos veces el riesgo de presentar trastornos del ánimo.¹⁰

En cuanto al tratamiento, la elección son las intervenciones basadas en exposición al estímulo fóbico ya que presentan la mayor evidencia en cuanto a la mejoría de los pacientes, prefiriéndose la exposición en vida real o in vivo, a la exposición en la imaginación del paciente o con técnicas de realidad virtual. Entre ellas una de las más estudiadas es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con terapia de exposición, en la cual se le presenta el estímulo fóbico al paciente de forma gradual, hasta lograr extinguir la respuesta de miedo. Además, en este tipo de terapia se trabajan los factores cognitivos que perpetúan la fobia del paciente, como lo es la sobrevaloración irracional del peligro que plantea el objeto, animal o situación temida.^{9,11}

Respecto al manejo farmacológico, no existe evidencia suficiente de algún medicamento que tenga eficacia en esta condición o que supere la



terapia de exposición. Sin embargo, en los últimos años se han estudiado algunos medicamentos que podrían tener beneficio como adyuvantes a la terapia de exposición, como lo son la hidrocortisona, la oxitocina, el propranolol y la d-cicloserina, sin existir aún estudios que permitan realizar una recomendación clara respecto a estos medicamentos.⁹⁻¹¹

Por lo anterior, se recomienda que el paciente con fobia específica sea remitido a un psicólogo o psiquiatra que tenga entrenamiento en terapia de exposición, idealmente TCC, y reservar el uso de medicamentos para el manejo dado por psiquiatría.

5. Trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso a situaciones sociales en las cuales la persona puede ser objeto de escrutinio o de evaluación negativa por otros, hay preocupación por hacer o decir algo que resulte en humillación o rechazo por parte de los demás. Estas situaciones sociales pueden ser: hablar en público, la más común, comer o beber delante de otros, escribir, iniciar una conversación con alguien desconocido, pedir una dirección en la calle, pasar delante de un grupo de personas o relacionarse con una autoridad.¹²

En cuanto a la epidemiología, se habla de una prevalencia de vida del 13%. En Colombia, en la Encuesta Nacional de Salud Mental la prevalencia de vida en adolescentes fue del 4,8%, más común en las mujeres con el 6,6% vs los hombres con el 3%, además el trastorno de ansiedad social fue el más común entre los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad en la población adolescente. En este estudio la prevalencia de vida en adultos fue del 2,7%, siendo también más común en las mujeres, 3.1 vs 2.3%.^{5,13}

El trastorno de ansiedad social inicia comúnmente en la adolescencia, en promedio a los 13 años, y 80% presenta el inicio de los síntomas antes de los 20 años, es raro que inicie antes de la pubertad o después de los 30 años. Sus principales manifestaciones clínicas son los síntomas y signos autonómicos de “flushing”, temblor, diaforesis y palpitaciones. Evitan las situaciones sociales temidas por lo que pueden llegar

a presentar aislamiento social y cuando están interactuando con otros adoptan una posición de sumisión, estableciendo poco contacto visual, bajando el tono de voz y agachando la cabeza.^{12,14}

Para su diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios del DSM 5: (ver Tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico - criterios propuestos por el DSM 5 – TR⁴

Criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad social
A. Marcada ansiedad o miedo por una o más situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto al escrutinio por parte de otros. (En niños los síntomas deben generarse cuando interactúa con sus pares, y no sólo en interacciones con adultos)
B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad, que sean evaluados de forma negativa por los otros.
C. Estas situaciones siempre generan ansiedad o miedo. (En niños esto se puede expresar como llanto, rabietas, quedarse paralizado o no poder hablar en estas situaciones).
D. Estas situaciones sociales son evitadas o se experimentan con intenso miedo o ansiedad.
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la real amenaza que plantea la situación.
F. El miedo, ansiedad o evitación son persistentes, 6 meses o más.
G. Estos síntomas generan malestar clínicamente significativo o alteración en la funcionalidad.
H. Estos síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de ninguna sustancia, medicamento o condición médica.
I. Estos síntomas no son mejor explicados por otro trastorno mental como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o el trastorno del espectro autista.
J. Si existe otra condición médica (enfermedad de Parkinson, obesidad, malformaciones corporales), el miedo, ansiedad o evitación no están relacionadas con la enfermedad o son excesivos.
Especificar si los síntomas se presentan sólo al hablar o actuar frente a un público, lo cual se denominaría ansiedad por rendimiento .

Fuente: Anxiety Disorders. En: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5a ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. 215-262.

En cuanto a su tratamiento, la psicoterapia y la farmacoterapia se consideran primera línea. La elección de una u otra se basa en las ca-



racterísticas propias de cada paciente, por ejemplo, la farmacoterapia se prefiere como primera opción cuando la ansiedad social es tan severa que no permita el inicio de psicoterapia o porque se requiera una mejoría más rápida de los síntomas. La TCC es el tipo de psicoterapia más estudiada para este trastorno y la que presenta mayor evidencia. En este tipo de terapia se trabaja en la educación sobre el trastorno de ansiedad social, en la exposición a la situación social temida y se realizan ejercicios para mostrarle al paciente los efectos adversos de tener la atención enfocada en sí mismo y de los comportamientos de evitación. También se trabaja en la regulación emocional y en las distorsiones cognitivas que perpetúan los síntomas.¹³

Respecto a la farmacoterapia, como primera línea tenemos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA por su sigla en inglés) para esta indicación son la sertralina y la paroxetina,¹⁵ sin embargo todos han mostrado ser efectivos (55% de remisión de los síntomas vs 32% con placebo). De los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), la venlafaxina también se considera primera línea y tiene aprobación por la FDA. La pregabalina mostró ser superior al placebo en dos ensayos clínicos aleatorizados controlados y se recomienda como primera línea en las guías de práctica clínica canadienses. Sin embargo, la tasa de respuesta en estos estudios fue solo del 30 al 43% comparado con 20 a 22% con placebo; se puede considerar como segunda línea o incluso como manejo adyuvante cuando no hay respuesta con ISRS o venlafaxina¹³ (ver Tabla 2).

Algunos estudios han apoyado el uso de benzodiazepinas para el trastorno de ansiedad social, sin embargo se consideran segunda línea por su riesgo de dependencia y su falta de efectividad en comorbilidades importantes como depresión y trastorno por uso de sustancias (principalmente por alcohol, la cual está presente en 50% de estos pacientes debido a que utilizan el licor como automedicación para reducir la ansiedad previa a la exposición a situaciones sociales).^{9,16} Se pueden considerar en pacientes con síntomas intensos e incapacitantes que requieran una mejoría rápida, o también como adyuvantes a los ISRS o IRSN cuando no hay respuesta.¹³ El clonazepam es el que ha mostrado mayor evidencia⁹ (ver Tabla 2).

Tabla 2. Medicamentos indicados para los trastornos de ansiedad

Medicamento	Dosis inicial	Dosis terapéutica	Efectos adversos	Consideraciones especiales
Escitalopram	5 mg	10-20 mg	Náuseas, diarrea, insomnio, disfunción sexual (compartidos por todos los ISRS)	Administrar por la mañana por el riesgo de insomnio y después de las comidas para mejorar tolerancia gastrointestinal, si el medicamento ocasiona somnolencia, administrar en la noche (para todos los ISRS).
Paroxetina	10 mg	20-60 mg	Mayor aumento de peso, sedación (administrar dosis en la noche) y disfunción sexual que los demás medicamentos de su clase.	Mayor interacción medicamentosa por inhibición de la citocromo 450 2D6 (CYP2D6).
Sertralina	25 mg	50-200 mg	Dentro de los ISRS es que el más produce diarrea.	
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg		Precaución con las interacciones medicamentosas ya que inhibe la actividad de la CYP2D6 y su metabolito, la norfluoxetina, inhibe la CYP3A4.
Fluvoxamina	50 mg	100-300 mg		Se prefiere en pacientes con comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo.
Venlafaxina	37,5 mg	75-300 mg	Todos los IRSN pueden ocasionar náuseas, insomnio, mareo, disfunción sexual, hipertensión.	

Medicamento	Dosis inicial	Dosis terapéutica	Efectos adversos	Consideraciones especiales
Duloxetina	30 mg	30-60 mg	Podría causar somnolencia, por lo que se considera iniciar dosis en la noche y si hay insomnio darla por la mañana.	Es una buena opción en pacientes que además presenten dolor crónico o neuropático.
Pregabalina	25 mg	150-600 mg, dividido en 2-3 dosis	Boca seca, sedación, náuseas.	
Alprazolam	1 mg	1-4 mg, usualmente dividido en 3 dosis.	Sedación, riesgo de caídas, potencial adictivo, alteración cognitiva.	Las benzodiacepinas no se recomiendan para el manejo a largo plazo por los efectos adversos mencionados. Utilizar con precaución en pacientes de edad avanzada o con historia de trastorno por uso de sustancias. Vida media más corta (10-15 horas). Vida media más larga (24 a 56 horas).
Clonazepam	0,25 mg	1-2 mg, una vez al día o en 2 dosis.		
Lorazepam	0,5 mg	0,5-6 mg, en 2-3 dosis al día.		Elección en pacientes con deterioro de la función hepática.

Fuente: elaborada con base en las referencias^{9,13,15,17}

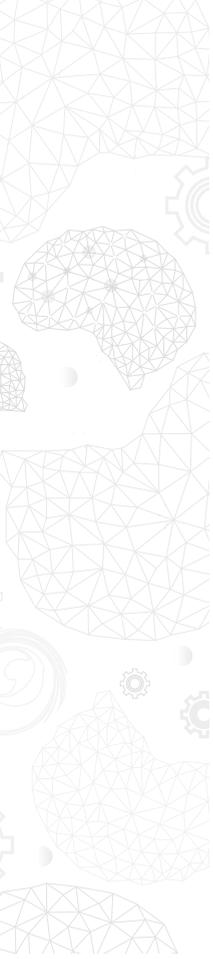
En cuanto al tratamiento de la ansiedad por rendimiento, se recomienda tomar una hora antes del evento un betabloqueador, el más estudiado ha sido el propranolol con dosis de 10 a 40 mg al día. Esto disminuye los síntomas autonómicos de temblor, sudoración y taquicardia. Las benzodiazepinas también son una opción, sin embargo no se prefieren por su efecto sedante.¹³

Si no hay respuesta en 4 semanas con un medicamento se aumenta la dosis cada 2 semanas hasta alcanzar la dosis terapéutica, si a las 12 semanas no hay respuesta clínica, se recomienda cambiar a otro medicamento de primera línea. Una vez se alcance la respuesta clínica se recomienda dejar el medicamento por mínimo 6 meses más para evitar recaídas.^{9,13}

6. Trastorno de pánico

Para hablar sobre el trastorno de pánico es importante definir primero qué es un ataque o crisis de pánico. Según el DSM - 5 TR, un ataque de pánico se caracteriza por la aparición súbita de miedo o malestar intensos que alcanzan su máxima expresión en minutos, puede aparecer desde un estado de calma o de ansiedad y se acompaña de cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones.
- Sudoración.
- Temblor.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Mareo.
- Oleadas de calor o de frío.
- Parestesias.
- Desrealización (sensación de que lo que está sucediendo no es real) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o a “enloquecer”.
- Miedo a morir.



El ataque de pánico por sí solo no es una enfermedad mental, puede ocurrir en presencia de cualquier trastorno de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos (trastornos depresivos, trastorno de estrés post traumático, trastorno por uso de sustancias, entre otros), e incluso, se estima que anualmente 8-10% de la población general presentará un ataque de pánico sin presentar psicopatología asociada.^{4,9}

Para que un ataque de pánico configure un trastorno de pánico, se requiere que estos episodios sean recurrentes (hayan ocurrido más de una vez) e imprevistos (sin presentar un desencadenante claro). Sin embargo, la presencia de algunos ataques de pánico que se den con desencadenante no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico. Se requiere, además, que al menos uno de los ataques esté seguido por un mes o más de preocupación persistente por presentar más ataques de pánico o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, “enloquecer” o tener un infarto), o por cambios significativos mal adaptativos en el comportamiento relacionados con los ataques de pánico (evitar situaciones que puedan desencadenar otros ataques de pánico, como por ejemplo el ejercicio). Estos síntomas no pueden atribuirse al efecto fisiológico de ninguna sustancia o a otra condición médica, tampoco pueden explicarse mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, presentar ataques de pánico únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas como puede suceder en el trastorno de ansiedad social, o presentar ataques de pánico en respuesta a situaciones u objetos fóbicos, como en la fobia específica).⁴

6.1 Epidemiología

En cuanto a la epidemiología, se estima una prevalencia de vida del 2 al 5% para el trastorno de pánico³ y del 28,3% para los ataques de pánico . Aproximadamente 40-70% de los pacientes con trastorno de pánico presenta además pánico nocturno (despertar durante la noche con síntomas de pánico). Los pacientes con trastorno de pánico presentan una menor calidad de vida, más riesgo de intentos de suicidio e implican mayores costos para la sociedad (aumento en la utilización de servicios de salud y pérdida en la productividad), por lo cual es de vital importancia que reciban un tratamiento oportuno y adecuado desde el primer nivel de atención.⁹

El pronóstico del trastorno de pánico empeora cuando se acompaña de agorafobia, el cual es un trastorno de ansiedad independiente y se define como el miedo o ansiedad a dos o más de las siguientes situaciones, debido a que se piensa que escapar puede ser difícil o no va a haber ayuda si se presentan síntomas de pánico:

- Transporte público.
- Sitios abiertos: parqueaderos, mercados, puentes.
- Tiendas, teatros, cines.
- Hacer una fila o estar en medio de una multitud.
- Estar fuera de casa sin compañía.

El paciente evita estas situaciones o busca siempre estar acompañado. Los síntomas deben estar presentes por más de 6 meses y generar malestar clínicamente significativo o alteración en la funcionalidad para realizar el diagnóstico.⁹

7. El ataque de pánico

Los pacientes con un ataque de pánico suelen consultar al servicio de urgencias ya que muchos de los síntomas pueden presentarse también en otras condiciones médicas, como son las cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, angina, arritmias), pulmonares (crisis asmática, tromboembolismo pulmonar), neurológicas (evento cerebrovascular, migraña, epilepsia) y endocrinas (hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma). Es por esto que el personal de salud en urgencias y sobre todo, en el primer nivel de atención, debe estar capacitado para atender al paciente que consulta con estos síntomas, descartar estas condiciones médicas cuando el cuadro clínico oriente a ello e identificar y tratar un ataque de pánico, ya que menos del 10% de estos pacientes son diagnosticados correctamente.¹⁸ Para esto es importante lo siguiente:

1. Realizar una adecuada anamnesis como se describió al inicio del capítulo, incluyendo comorbilidades médicas y psiquiátricas, así como medicamentos prescritos en el momento y consumo de sustancias psicoactivas.⁹

2. Preguntar si previamente presentó estos síntomas, qué estudios realizaron en ese momento y si ya se tiene un diagnóstico de trastorno de pánico.¹⁹
3. Realizar un examen mental completo y preguntar por síntomas ansiosos y de pánico.⁹
4. Realizar los paraclínicos mínimos necesarios cuando se deba descartar otras condiciones médicas por la presentación clínica (TSH, tóxicos en orina, electrocardiograma, troponinas si el dolor torácico es sugestivo de origen coronario, entre otros).³
5. Tratar los síntomas de pánico en el servicio de urgencias inicialmente con técnicas de relajación.¹⁸
6. Administrar dosis única de benzodiacepinas cuando los síntomas ansiosos sean muy severos y no remitan luego de las técnicas de relajación.¹⁸
7. Si se diagnostica un ataque de pánico o trastorno de pánico, se debe dejar por escrito al paciente y su familia información sobre en qué consiste esta condición y cómo se maneja, para que en futuras ocasiones cuando presente estos síntomas sepa qué hacer y no los perciba como una inminencia de muerte.⁸
8. El manejo del trastorno del trastorno de pánico es generalmente ambulatorio, la hospitalización podría considerarse en los casos de comorbilidad con trastornos afectivos con ideación suicida o con trastorno por uso de sustancias, que requiera un monitoreo intrahospitalario por el alto riesgo de síntomas de abstinencia.⁸
9. Si se diagnostica un trastorno de pánico, iniciar manejo con ISRS o IRSN indicados para esta condición.⁹
10. Una vez manejada la crisis de pánico, y si se determina que el paciente configura para un trastorno de pánico, debe ser evaluado de forma ambulatoria por psiquiatría y psicología.

Las técnicas de relajación pueden aplicarse fácilmente desde el servicio de urgencias. Un ejemplo son los ejercicios de respiración donde se le enseña al paciente a disminuir la frecuencia de sus respiraciones (9 respiraciones por minutos, aproximadamente) y a aumentar la profundidad de cada respiración para lograr un patrón de respiración regular, esto basándose en la teoría de la hiperventilación como perpetuadora de los síntomas de pánico. Otra técnica de relajación son las imágenes guiadas, donde se incentiva al paciente a imaginarse en algún lugar tranquilo y libre de estrés, lo cual promueve que los síntomas vayan cediendo.^{18,20}

Es importante realizar psicoeducación al paciente y su familia sobre qué es una crisis de pánico, que se presenta en individuos que tienden a activar el sistema de “huida o pelea” sin que exista una amenaza clara en el ambiente²¹ o que interpretan de forma catastrófica ciertas sensaciones corporales como la hiperventilación o las palpitaciones, lo que genera la aparición de estos síntomas de pánico. Explicar que estos síntomas son comunes en la población, que no amenazan la vida del paciente y que suelen resolver rápidamente. Es importante además realizar recomendaciones generales como evitar el consumo de cafeína, nicotina, alcohol u otras sustancias psicoactivas, realizar ejercicio de forma frecuente y tener una adecuada higiene del sueño.⁸

En cuanto al tratamiento psicológico, la TCC ha sido el tipo de psicoterapia más estudiada para trastorno de pánico y la que recomiendan la mayoría de los estudios, tanto a corto como largo plazo. Incluso, a largo plazo ha demostrado ser superior a la farmacoterapia en algunos estudios. La TCC busca corregir falsas creencias acerca de los síntomas de pánico, disminuir la catastrofización y la evitación.^{8,9,22}

Respecto al manejo farmacológico del trastorno de pánico con o sin agorafobia, los ISRS se consideran la primera línea por sus mayores tasas de remisión y menos efectos adversos cuando se comparan con los otros grupos de medicamentos.²³ Los ISRS aprobados por la FDA para el tratamiento del trastorno de pánico, son la sertralina, paroxetina y fluoxetina, sin embargo, existe evidencia también para el escitalopram, la paroxetina de liberación prolongada y la fluvoxamina. Como primera línea se encuentra además la venlafaxina, también con aprobación por la FDA. Como todos estos medicamentos demoran aproximadamente 2-4 semanas en mejorar los síntomas, se recomienda en los casos en que los síntomas sean muy severos e incapacitantes y se requiera una mejoría rápida, iniciar un ciclo corto con benzodiazepinas (alprazolam y clonazepam cuentan con aprobación FDA) por 2-4 semanas, para luego desmontarlas gradualmente ya que no se recomiendan a largo plazo por su potencial adictivo, la disfunción cognitiva asociada, la somnolencia y el riesgo de caídas^{9,18} (ver Tabla 2). Cualquiera de estos medicamentos debe iniciarse a bajas dosis e ir titulando según tolerancia y respuesta clínica cada dos semanas, por un periodo de 4 a 6 semanas hasta llegar a la dosis óptima, si a las 12 semanas de tratamiento no hay respuesta clínica (reducción del 50% de los síntomas), se recomienda



pasar a otro medicamento del mismo grupo o de otro grupo farmacológico de la primera línea de tratamiento. Luego de obtener respuesta clínica, se debe continuar el medicamento por 6-12 meses más como mínimo, y según evolución clínica definir su desmonte y retiro. Si luego de ensayar con dos medicamentos no hay respuesta clínica, considerar remisión a psiquiatría.^{9,19}

8. Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno se caracteriza por preocupación persistente y crónica sobre múltiples aspectos de la vida cotidiana (finanzas, familia, salud, futuro). Esta preocupación es excesiva y difícil de controlar y se asocia a tres de estos seis síntomas principales:

- Inquietud o sensación de “tener los nervios de punta”.
- Fatiga.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteración en el sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sueño no reparador).

Para realizar el diagnóstico, se requiere que estos síntomas estén presentes la mayoría de los días por al menos 6 meses, que generen malestar clínicamente significativo o alteración en la funcionalidad. Se requiere además que los síntomas no sean atribuibles a ninguna sustancia, medicamento, otra condición médica o trastorno mental.²⁴

Es el trastorno de ansiedad más común en el primer nivel de atención, con una prevalencia del 4 - 7% de los adultos en Estados Unidos.²⁵ En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental encontró una prevalencia de vida en adultos del 1,3%, siendo más común en las mujeres.⁵ La edad de inicio es variable, algunos casos inician en la infancia, la mayoría inician en la adultez temprana y existe otro pico de inicio en el adulto mayor principalmente en el contexto de diagnóstico de enfermedades crónicas.²⁴

En el abordaje inicial del paciente con trastorno de ansiedad generalizada, la primera decisión es si el paciente requiere inicio de tratamiento, ya sea únicamente psicoterapia, manejo farmacológico, o ambos. La Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems o GAD – 7 por sus siglas en inglés (ver Tabla 3), es una herramienta de tamizaje que permite además establecer la gravedad de los síntomas y realizar un seguimiento de la mejoría de los síntomas ansiosos con el tratamiento. Un puntaje de 5 a 9 sugiere la presencia de síntomas ansiosos leves, posiblemente subclínicos que requerirán únicamente seguimiento; un puntaje de 10 a 14 sugiere síntomas moderados que probablemente requieren inicio de manejo; y un puntaje de 15 a 21 indica síntomas severos que ameritan inicio de tratamiento.²⁴

Tabla 3. Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems

En las últimas 2 semanas, ¿qué tan frecuentemente ha experimentado lo siguiente?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse ansioso, nervioso o con los nervios de punta.	0	1	2	3
No poder controlar su preocupación.	0	1	2	3
Preocuparse de forma excesiva por diferentes situaciones.	0	1	2	3
Dificultad para relajarse.	0	1	2	3
Inquietud marcada que dificulta quedarse quieto.	0	1	2	3
Presentar irritabilidad o enojarse con facilidad.	0	1	2	3
Sentir miedo, como si algo malo fuera suceder.	0	1	2	3

Fuente: elaborada con base en la referencia²⁴

Luego se debe definir si el paciente será manejado ambulatoria o intrahospitalariamente. La mayoría de los pacientes puede recibir manejo ambulatorio, sin embargo, si existe ideación suicida (los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tienen un riesgo casi 3 veces el de la población general de presentar intentos de suicidio) o comorbi-



lidades psiquiátricas que requieran vigilancia y tratamiento intrahospitalario, como episodio depresivo mayor grave o trastorno por uso de sustancias, se debe considerar el manejo hospitalario y remisión a Psiquiatría y Psicología.

Otras indicaciones por las cuales se debe remitir a valoración por profesionales en salud mental son las siguientes: duda en el diagnóstico, comorbilidad con otros trastornos mentales, no respuesta al manejo inicial con psicoterapia e ISRS a dosis y duración adecuadas; cuando se considere que el paciente se beneficia de inicio de benzodiazepinas u otros medicamentos de tercera línea.²⁵

8.1 Tratamiento

A todos los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, así presenten síntomas leves, se les debe realizar psicoeducación sobre su diagnóstico, esto consiste en explicar en qué consiste la enfermedad, cuáles son los síntomas que presenta, las opciones de tratamiento y el pronóstico. Además, es fundamental promover estilos de vida saludables: higiene del sueño, evitar fumar, consumir sustancias psicoactivas o tomar alcohol, disminuir el consumo de cafeína, promover el ejercicio y prácticas de relajación como meditación o yoga.²⁴

La elección inicial de tratamiento debe ser consultada con el paciente, puede iniciarse con psicoterapia o manejo farmacológico, según la disponibilidad de cada tratamiento y las características y preferencias de cada paciente.²⁶ La mayoría de los pacientes suele preferir manejo únicamente con psicoterapia en un principio, siendo de elección la TCC.²⁴ Con esta terapia se busca la habituación del paciente a sus pensamientos y emociones, se le enseña a distinguir entre las preocupaciones basadas en problemas reales de las basadas en situaciones hipotéticas, y a reconocer su intolerancia ante la incertidumbre.²⁷ En una etapa posterior de la terapia se busca modificar el contenido de los pensamientos, para que el paciente pueda realizar una evaluación objetiva de las situaciones, evitando la generalización y maximización del peligro.²⁸

Se prefiere iniciar con terapia farmacológica cuando el paciente no ha respondido a manejo con psicoterapia, tiene un curso crónico, síntomas severos o comorbilidad con algún trastorno depresivo. Los ISRS

e IRSN se consideran primera línea por su tolerabilidad, seguridad y eficacia.²⁹ Los ISRS aprobados por FDA para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, son la paroxetina y el escitalopram, y los IRSN aprobados son la venlafaxina y la duloxetina.¹⁵ Si no hay respuesta a alguno de los medicamentos de primera línea luego de 8 semanas a dosis terapéuticas, se debe considerar cambiar a otro medicamento de primera línea, incluso pensar en sertralina o fluoxetina, que aunque no están aprobados por la FDA para esta indicación, en diferentes estudios han mostrado eficacia y se utilizan de forma frecuente de manera “off-label”. Si persiste sin mejoría de los síntomas, se recomienda cambiar a un medicamento de segunda línea y remitir a psiquiatría: pregabalina o benzodiacepinas (a corto plazo, mientras se espera que actúe el ISRS o el IRSN) (ver Tabla 2). Si tampoco se obtiene respuesta, se puede iniciar un medicamento de tercera línea: quetiapina, hidroxicina o imipramina, pero se recomienda que sea Psiquiatría quien prescriba estos medicamentos.²⁵

Se recomienda que el paciente sea valorado cada 2-4 semanas hasta que alcance estabilidad clínica, luego cada 3-4 meses durante la terapia de mantenimiento. Con el tratamiento se busca la remisión de los síntomas que se define como una disminución del 70% en el puntaje del GAD – 7. Luego de obtener remisión de los síntomas se recomienda continuar la terapia por 12 meses más y cuando se vaya a discontinuar algún medicamento realizarlo reduciendo la dosis cada semana, para evitar el síndrome de discontinuación por antidepresivos.^{25,30}

9. Conclusiones

La ansiedad es un estado emocional adaptativo que funciona como señal de un potencial peligro en el ambiente, y facilita el despliegue de estrategias de afrontamiento.

Se debe diferenciar la ansiedad adaptativa de la patológica, la cual se presenta con preocupación persistente y excesiva o desproporcionada a la amenaza real, acompañada de comportamientos evitativos, malestar significativo o alteración en la funcionalidad.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más prevalentes, encontradas principalmente en el primer nivel de atención por el médico general, por lo cual es fundamental conocer su abordaje y descartar causas secundarias de los síntomas ansiosos.

El manejo se puede realizar desde el primer nivel de atención con ISRS, IRSN o benzodiacepinas, estas últimas a corto plazo y cuando los síntomas sean tan severos e incapacitantes que ameriten una mejoría rápida.

Estos pacientes deben ser remitidos a psicoterapia, idealmente cognitivo conductual y a psiquiatría, especialmente cuando el manejo en el primer nivel de atención no haya mejorado los síntomas y se requiera utilizar otras opciones farmacológicas o se requiera de un seguimiento a largo plazo.

Referencias

1. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015; 17(3):319-325. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
2. Kalin NH. Novel Insights Into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *AJP*. 2020; 177(3):187-189. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010057>
3. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *The Lancet*. 2016; 388(10063):3048-3059. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
4. Anxiety Disorders. En: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. 215-262.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. 1:348. Disponible en: <https://onx.la/8fdab>
6. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022; 9(2):137-150. Disponible en: <https://n9.cl/3q86yb>
7. Santabárbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, López-Antón R *et al*. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021; 109:110207. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
8. Work Group on Panic Disorder. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. 2ª ed. American Psychiatric Association; 2009.
9. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M *et al*. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(Suppl 1):S1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
10. Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B. Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(8):678-686. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)

11. Thng C, Lim-Ashworth N, Poh B, Lim CG. Recent developments in the intervention of specific phobia among adults: A rapid review. *F1000Res*. 2020; 9:195. Disponible en: <https://doi.org/10.12688/f1000research.20082.1>
12. Barlow DH. Social Phobia. En: *Anxiety and its disorders*. 2.ª ed. New York: The Guilford Press; 2002. 454-476.
13. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 2017; 376(23):2255-2264. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1614701>
14. Marks IM. Fobias sociales y específicas. En: *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca; 1991. 76-82.
15. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD *et al*. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020; 11:595584. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
16. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *DIC*. 2019; 8:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
17. González A, Velásquez J. *Psiquiatría*. En: González A, Lopera W, Arango Álvaro. *Manual de terapéutica*. 19ª ed. CIB; 2021. 768-795.
18. Valdes B, Salani D, King B, De Oliveira GC. Recognition and Treatment of Psychiatric Emergencies for Health Care Providers in the Emergency Department: Panic Attack, Panic Disorder, and Adverse Drug Reactions. *Journal of Emergency Nursing*. 2021; 47(3):459-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.004>
19. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Internet]. NICE; 2011. Disponible en: <https://onx.la/cce88>
20. Wollburg E, Roth WT, Kim S. Effects of Breathing Training on Voluntary Hypo- and Hyperventilation in Patients with Panic Disorder and Episodic Anxiety. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2011; 36(2):81-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10484-011-9150-5>
21. Barlow DH. The Phenomenon of Panic. En: *Anxiety and its disorders*. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 2002. 105-138.
22. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *The Lancet*. 2006; 368(9540):1023-1032. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418-X)
23. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, Thaipisuttikul P, McKay GJ, Attia J, *et al*. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022; e066084. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066084>
24. Stein MB, Sareen J. Generalized Anxiety Disorder. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 2015; 373(21):2059-2068. Disponible en: 10.1056/NEJMcp1502514.
25. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med*. 2019; 170(7): ITC49. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
26. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 2018; 24(3):893-919. Disponible en: <https://acortar.link/J1vm1P>
27. Dugas MJ, Brillon P, Savard P, Turcotte J, Gaudet A, Ladouceur R *et al*. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Applied Relaxation for Adults With Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 2010; 41(1):46-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
28. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017; 19(2):203-208. Disponible en: <https://acortar.link/n5icvS>
29. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *The Lancet*. 2021; 397(10277):914-927. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
30. Arrieta AI, Agudelo LG. Trastorno de ansiedad generalizada. En: *Psiquiatría*. 6ª ed. Bogotá: CIB; 2018. 181-94.