



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

COLECCIÓN: GUÍAS DISTINGUIDAS
SERIE: **SALUD MENTAL**



Línea Neuro Psiquiátrica
Roemmers



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

Generalidades 

Pág. 5

Clasificación 

Pág. 9

Algoritmo 

Insert central

Introducción

De acuerdo con los datos disponibles, los pacientes con trastornos de ansiedad no reciben un diagnóstico y un tratamiento apropiados con frecuencia. Esto se observa a pesar de que dichos trastornos y otros cuadros relacionados se incluyen entre las enfermedades mentales más habituales. De hecho, la prevalencia de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, puede alcanzar al 31% de las personas, porcentaje que supera a los trastornos del estado de ánimo o aquellos relacionados con el consumo de sustancias. La creación de recomendaciones prácticas y fundamentadas tiene como fin asistir a los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la atención primaria o en entornos especializados en salud mental y que deben realizar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad. Los cuadros abordados en esta guía incluyen el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático.

Finalmente, se incluye un apartado acerca del tratamiento de los trastornos de ansiedad en poblaciones especiales como los niños y adolescentes, las embarazadas, los ancianos y los pacientes con comorbilidades. La utilidad de las recomendaciones tiene lugar tanto para la práctica médica como para el ejercicio de otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y personal de enfermería.

Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad

La creación de recomendaciones fundamentadas para el abordaje de los pacientes con trastornos de ansiedad tiene por objetivo asistir a los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros tanto en términos diagnósticos como terapéuticos.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 2-9, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

La prevalencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida puede alcanzar el 31%, aunque varía según el trastorno específico considerado. Además, las mujeres generalmente presentan una prevalencia más elevada en comparación con los hombres. Es frecuente observar la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otras enfermedades como la depresión mayor. Más allá de la carga que generan a los pacientes y sus familiares, los trastornos de ansiedad provocan disfunción y afectan la calidad de vida. A pesar de lo antedicho, aproximadamente el 40% de los pacientes con trastornos de ansiedad no reciben un tratamiento apropiado. La creación de recomendaciones fundamentadas para el abordaje de los pacientes con trastornos de ansiedad tiene por objetivo asistir a los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros tanto en términos diagnósticos como terapéuticos.

En la presente normativa se elaboraron recomendaciones para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Con dicho fin, un panel de especialistas canadienses analizó la información disponible sobre la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento psicológico y farmacológico de los pacientes con trastornos de ansiedad. Las estrategias terapéuticas fueron clasificadas según el nivel de fundamentación para su aplicación. La elaboración de las recomendaciones comenzó antes de la introducción de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA). No obstante, en los estudios analizados se consideraron los criterios del DSM-IV.

A la hora de efectuar el diagnóstico debe considerarse que los trastornos de ansiedad generalmente se caracterizan por ansiedad excesiva, miedo, preocupación y evitación y que dichos síntomas generan una disfunción y un malestar significativos. Ante la sospecha de un trastorno de ansiedad, será necesario evaluar las características de los síntomas y realizar un diagnóstico diferencial para descartar un cuadro secundario a otras enfermedades médicas o psiquiátricas y detectar la existencia de comorbilidades. La presunción de un trastorno de ansiedad aumenta en presencia de antecedentes familiares o personales de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo y de eventos estresantes. Asimismo, la

soledad, el nivel educativo bajo, el entorno familiar adverso y las enfermedades somáticas crónicas aumentan el riesgo de ansiedad.

Las comorbilidades más frecuentes observadas en pacientes con trastornos de ansiedad incluyen los trastornos por consumo de sustancias y del estado de ánimo como la depresión o la bipolaridad. En presencia de comorbilidades, la evolución clínica será más desfavorable, al igual que la respuesta al tratamiento. La evaluación inicial de los pacientes deberá ser integral, clínica y de laboratorio, e incluir el consumo de medicamentos y otras sustancias.

La identificación de los trastornos de ansiedad específicos requerirá la aplicación de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-5. Una vez efectuado el diagnóstico podrá aplicarse un tratamiento específico. Las opciones terapéuticas incluyen estrategias psicológicas y farmacológicas que deben acompañarse por una buena psicoeducación del paciente. Tanto la farmacoterapia como la terapia cognitivo conductual (TCC) individual o grupal pueden constituir estrategias eficaces cuya combinación resulta útil, especialmente en pacientes que no responden en forma adecuada a la aplicación de un solo tipo de abordaje.

En cuanto a la farmacoterapia de los pacientes con trastornos de ansiedad, los antidepresivos son sustancias de primera línea. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) son escogidos para iniciar el tratamiento debido a sus ventajas en términos de seguridad y tolerabilidad en comparación con otros antidepresivos. Las benzodiazepinas pueden resultar útiles como complemento terapéutico, especialmente durante las etapas agudas de ansiedad o agitación, aunque su uso debe limitarse en el tiempo debido al perfil de efectos adversos que generalmente poseen.

Otros fármacos utilizados menos frecuentemente en pacientes con trastornos de ansiedad son los anticonvulsivos y los antipsicóticos, ya que si bien pueden ser útiles, sus efectos adversos son considerables. Además, no se cuenta con información suficiente que avale el tratamiento, con lo cual se incluyen como opciones de segunda o tercera línea o como complemento del tratamiento con agentes antidepresivos.

A continuación se evaluarán las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de cada trastorno de ansiedad.

Trastorno de Pánico y Agorafobia

El trastorno de pánico es un cuadro prevalente que puede generar un nivel considerable de disfunción y aumenta el riesgo para padecer otros trastornos psiquiátricos.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 9-14, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

La prevalencia de trastorno de pánico a lo largo de la vida es del 4.7% al 5.1%, en tanto que los ataques de pánico tienen una prevalencia superior. En general, la presencia de un ataque de pánico en individuos jóvenes se asocia con la aparición posterior de un trastorno psiquiátrico. En cuanto a la agorafobia, la prevalencia a lo largo de la vida es de 0.8%. Las mujeres presentan un riesgo mayor de trastorno de pánico y agorafobia en comparación con los hombres. Lo mismo se observa en individuos de mediana edad, viudos o divorciados o de bajos ingresos.

El trastorno de pánico tiene consecuencias físicas y psicológicas negativas, afecta el funcionamiento y la calidad de vida y genera una carga significativa para la familia del paciente. Asimismo, tiene un costo elevado para la sociedad debido a la utilización de servicios de salud y al ausentismo laboral. Además, los pacientes con trastorno de pánico presentan un riesgo elevado de intentos de suicidio, deterioro cognitivo y emocional. El riesgo de comorbilidades en presencia de trastorno de pánico es notorio. Los cuadros comórbidos más frecuentes incluyen otros trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo o del control de impulsos y el consumo de sustancias. También se observa una comorbilidad significativa entre el trastorno de pánico y las enfermedades clínicas.

Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno de pánico se efectúa cuando el paciente presenta ataques de pánico recurrentes e inesperados seguidos por un período de preocupación persistente por la posibilidad de tener un nuevo ataque o por sus consecuencias potenciales. También puede observarse un cambio conductual maladaptativo vinculado con los ataques. Este período debe durar al menos un mes. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se incluye la agorafobia como un trastorno separado que tiene lugar cuando el paciente presenta un miedo significativo relacionado con la imposibilidad de escapar o conseguir ayuda si aparecen síntomas de pánico. Como resultado, se evitan situaciones que generan ansiedad, lo cual provoca una disfunción considerable. Es importante evaluar si los ataques de pánico se deben a otra enfermedad.

Tratamiento

La terapia cognitivo conductual (TCC) es eficaz en pacientes con trastorno de pánico y puede ser más efectiva que el tratamiento farmacológico. Las estrategias aplicadas incluyen la reestructuración cognitiva y la exposición. La tarea para el

hogar y el seguimiento aumentan la eficacia del tratamiento. También se informó la utilidad de la exposición interoceptiva y de las terapias individuales y grupales. Las estrategias de autoayuda o las terapias telefónicas, por videoconferencia o internet pueden ser opciones rentables y eficaces, especialmente si los pacientes presentan agorafobia y no pueden salir de su hogar. Tanto la gravedad del trastorno de pánico, la menor edad al inicio de los síntomas, la comorbilidad con otros trastornos y la evitación significativa afectan en forma negativa la respuesta a la TCC. La combinación de la psicoterapia con la farmacoterapia antidepresiva resultó superior en comparación con la aplicación aislada de dichas intervenciones en pacientes con trastorno de pánico. Además, los efectos de la TCC parecen ser duraderos.

Las sustancias de primera línea para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico son los antidepresivos. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se destacan, por ejemplo, el citalopram, el escitalopram, la sertralina, la fluoxetina y la paroxetina. De acuerdo con los resultados disponibles, los ISRS alivian significativamente los síntomas de pánico y agorafobia, además de disminuir la depresión y la ansiedad en general. Si bien la magnitud de efecto de los ISRS fue similar en comparación con la magnitud de efecto de los antidepresivos tricíclicos (ATC), los ISRS tienen un perfil de tolerabilidad y aceptación superior. En cuanto a los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS), la venlafaxina de liberación prolongada (XR) disminuyó la gravedad sintomática en forma significativa en comparación con el placebo.

Los ATC se incluyen entre los fármacos de segunda línea para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, ya que si bien tienen una eficacia similar a la de los ISRS, sus efectos adversos son más considerables y generan la interrupción del tratamiento. Con respecto a las benzodiazepinas, la administración de diazepam, clonazepam, alprazolam o lorazepam puede ser eficaz para tratar a los pacientes con trastorno de pánico, aunque su empleo se incluye entre las opciones de segunda línea o para el abordaje inicial o agudo de los pacientes. Hasta el momento no se informó la superioridad de una benzodiazepina en comparación con otra.

Tanto los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) como los antipsicóticos atípicos, los anticonvulsivos y otros antidepresivos se incluyen entre las opciones de tercera línea para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, cuando no responden al tratamiento recomendado en primera instancia o como complemento terapéutico. Por ejemplo, se informó la utilidad de la moclobemida o la risperidona.

No obstante, la información disponible al respecto es limitada.

La terapia de mantenimiento de los pacientes con trastorno de pánico fue evaluada en estudios a largo plazo. Por ejemplo, los resultados de un estudio abierto indicaron los beneficios del tratamiento con citalopram, paroxetina, fluoxetina y otros antidepresivos durante períodos de 6 meses a 3 años. Asimismo, la venlafaxina XR y la imipramina resultaron útiles para prevenir las recaídas en comparación con el placebo. En cuanto a las benzodiazepinas, su uso es recomendado durante períodos breves, aunque en algunos estudios se informó la utilidad a largo plazo.

Conclusión

El tratamiento inicial de los pacientes con trastorno de pánico puede llevarse a cabo mediante farmacoterapia, TCC o

ambas estrategias combinadas. No obstante, la TCC aislada puede resultar insuficiente, especialmente en pacientes con depresión comórbida o cuadros graves.

En cuanto a la farmacoterapia, se recomienda empezar con drogas de primera línea como el citalopram, la sertralina, la venlafaxina XR, la paroxetina o la fluoxetina. En ausencia de respuesta puede considerarse el cambio de agente o el agregado de un segundo fármaco. Si los pacientes no responden ante dicha estrategia se tendrá en cuenta la posibilidad de resistencia al tratamiento. No obstante, deberá reevaluarse el diagnóstico y la presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas que puedan afectar la respuesta al tratamiento. En estos casos puede resultar útil intentar un tratamiento con drogas de tercera línea, adyuvantes o terapias biológicas o alternativas.

Fobia Específica

La fobia específica es frecuente, se asocia con un miedo o ansiedad intensos ante un objeto o situación temidos y genera un malestar y una disfunción significativos. Las terapias de exposición son las más efectivas para estos pacientes, en tanto que la farmacoterapia no fue evaluada en profundidad, lo cual limita su utilización.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 14-16, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

La fobia específica tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 10% al 13%. Se caracteriza por un miedo intenso ante una situación u objeto específicos que lleva a evitarlos. La situación o el objeto temidos pueden ser animales, lugares cerrados u hospitales, entre otros. Los adolescentes y las mujeres son los grupos más afectados. En la mayoría de los casos, la edad de inicio oscila entre los 5 y los 12 años, aunque varía con el tipo de fobia. Más allá de la cantidad de estímulos temidos, las fobias específicas influyen en forma negativa sobre el funcionamiento de los individuos. La fobia específica generalmente se vincula con más de un objeto o situación temidos. De hecho, menos del 10% de los pacientes temen a un solo objeto. También se observa con frecuencia la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como el consumo de sustancias, la depresión y los demás trastornos de ansiedad.

Diagnóstico

El diagnóstico de fobia específica se efectúa en presencia de un temor o ansiedad intensos relacionados con un determinado objeto o situación que genera un nivel significativo de malestar o disfunción. El paciente debe evitar en forma activa el objeto o situación en cuestión, con una carga con-

siderable de ansiedad. El temor o la ansiedad son desproporcionados en comparación con el peligro planteado. Las fobias específicas pueden ser de tipo animal, ambiental, situacional y sangre-inyección-daño, entre otras.

Tratamiento

Las terapias de exposición tienen un nivel elevado de éxito en pacientes con fobia específica. Tanto la exposición real como virtual pueden ser útiles, aunque algunos autores consideran que la opción *in vivo* es superior. La eficacia de la terapia de exposición aumenta si no existe un intervalo prolongado entre las sesiones, si la exposición es duradera y tiene lugar en diferentes entornos y si existe intervención del terapeuta. La exposición progresiva es la estrategia mejor tolerada por los pacientes. También es de utilidad la combinación con ejercicios de tensión muscular, especialmente en presencia de fobias tipo sangre-inyección-daño. Para los pacientes con fobia a volar resulta útil el uso de dispositivos de realidad virtual, en tanto que la biblioterapia resultó menos eficaz. Otra estrategia aplicada en pacientes con fobia específica incluyen los programas de autoayuda computarizados.

Los datos disponibles sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes con fobias específicas son escasos. Esto

se debe en parte a la utilidad de las terapias de exposición. El uso de antidepresivos fue investigado en 2 estudios. Los resultados indicaron la utilidad de la paroxetina y del escitalopram en comparación con el placebo. En cuanto a las benzodiazepinas, su utilidad puede tener lugar, por ejemplo, cuando es necesario controlar los síntomas para llevar a cabo un procedimiento odontológico temido por el paciente.

Conclusión

La fobia específica es frecuente, se asocia con miedo o ansiedad intensos ante un objeto o situación temidos y genera un malestar y una disfunción significativos. Las terapias de exposición son las más eficaces para estos pacientes, en tanto que la farmacoterapia no fue evaluada en profundidad, lo cual limita su utilización.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

A pesar de su frecuencia, el trastorno de ansiedad generalizada sólo es diagnosticado y tratado en forma adecuada en menos de un tercio de los pacientes. Como consecuencia del trastorno se observa una alteración funcional y de la calidad de vida significativa.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 21-26, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una prevalencia a lo largo de la vida de aproximadamente el 6%. Este cuadro es frecuente en individuos caucásicos y generalmente aparece alrededor de los 31 años. No obstante, también puede observarse en niños y adolescentes. Las mujeres parecen ser más propensas a presentar un TAG en comparación con los hombres. A pesar de su frecuencia, el TAG sólo es diagnosticado y tratado en forma adecuada en menos de un tercio de los pacientes.

Como consecuencia del TAG se observa una alteración funcional y de la calidad de vida de los pacientes. La enfermedad tiene un costo significativo, principalmente debido a la utilización de los servicios de salud, ya que los pacientes con TAG pueden presentar síntomas físicos. Además, es frecuente observar índices elevados de comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos de ansiedad o depresión y un aumento del riesgo de enfermedades clínicas como la hipertensión o los trastornos digestivos o cardiovasculares.

Diagnóstico

El diagnóstico de TAG se realiza en presencia de ansiedad o preocupación excesiva relacionada con una amplia gama de acontecimientos, la mayoría de los días, durante los últimos 6 meses. Además, los pacientes pueden presentar inquietud, tensión muscular, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y trastornos del sueño.

Tratamiento

La terapia cognitivo conductual (TCC) disminuye los síntomas de TAG en forma significativa y aparentemente similar

en comparación con la farmacoterapia. Mientras que los abordajes individual y grupal tendrían los mismos resultados al considerar la disminución de los síntomas de ansiedad, la terapia individual disminuiría la preocupación y la depresión en mayor medida. La terapia psicodinámica podría ser beneficiosa, aunque los resultados de las investigaciones sobre su aplicación en pacientes con TAG no son claros. En la práctica clínica debe individualizarse el problema para aplicar la mejor estrategia terapéutica. Si bien no se cuenta con información que indique la utilidad de combinar la TCC y la farmacoterapia en todos los pacientes con TAG, en ausencia de beneficios ante la aplicación de TCC se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico.

Las drogas de primera línea para el tratamiento de los pacientes con TAG son los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el escitalopram y la sertralina. Los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) venlafaxina XR y duloxetina también se incluyen en este grupo, al igual que la paroxetina. La venlafaxina XR podría ser más eficaz que la pregabalina en pacientes con TAG, aunque no se cuenta con información concluyente al respecto. En cuanto al anticonvulsivo pregabalina, su uso resultó superior en comparación con el placebo y similar frente a las benzodiazepinas en pacientes con TAG.

Los fármacos de segunda línea para el tratamiento de los pacientes con TAG son las benzodiazepinas como el alprazolam y el diazepam. Su empleo debe limitarse en el tiempo debido a los efectos adversos, la dependencia y la abstinencia que pueden generar. En este grupo también se incluyen los antidepresivos tricíclicos y otros tipos de antidepresivos con

perfiles de tolerabilidad desfavorables en comparación con las drogas de primera línea o para los cuales no se cuenta con información suficiente sobre su eficacia.

La quetiapina XR resulta eficaz para el tratamiento de los pacientes con TAG. Según lo hallado en diferentes metanálisis, el fármaco es superior en comparación con el placebo y equivalente a otros antidepresivos en estos pacientes. No obstante, su empleo se asocia con aumento ponderal y sedación y con un índice de abandono del tratamiento significativo en comparación con los antidepresivos y el placebo. De acuerdo con lo antedicho, la quetiapina es una sustancia de segunda línea para el tratamiento de los pacientes con TAG que no pueden recibir antidepresivos. Las opciones de tercera línea empleadas en pacientes con TAG incluyen, por ejemplo, los antidepresivos mirtazapina, paroxetina, fluoxetina y citalopram.

Hasta el momento no se cuenta con información y experiencia clínica suficientes para recomendar su uso en instancias iniciales del tratamiento.

La terapia de mantenimiento a largo plazo en pacientes con TAG fue evaluada en términos de prevención de recaídas. Según los datos existentes, la continuidad del tratamiento con ISRS se asocia con una disminución significativa del índice de recaídas en comparación con el placebo durante un período de 6 a 12 meses. También se informaron beneficios ante la continuidad del tratamiento con venlafaxina XR, duloxetina, pregabalina y quetiapina XR. En consecuencia, puede reco-

mendarse continuar el tratamiento farmacológico en pacientes con TAG con el fin de prevenir las recaídas.

Conclusión

El TAG es un trastorno de ansiedad prevalente que se observa especialmente en la población femenina y genera un nivel considerable de disfunción. Además, con frecuencia se asocia con comorbilidades médicas y psiquiátricas. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva relacionada con diferentes situaciones que generan inquietud, tensión muscular y cambios conductuales. El tratamiento de primera línea para los pacientes con TAG puede llevarse a cabo mediante la aplicación de TCC, la administración de psicofármacos o ambas opciones, según la respuesta del paciente. Las drogas de primera línea incluyen los ISRS como la sertralina o el escitalopram, los IRNS como la venlafaxina XR y el anticonvulsivo pregabalina, entre otros agentes.

En ausencia de respuesta adecuada, se recomienda administrar una sustancia de primera línea alternativa o considerar el uso de fármacos de segunda línea como las benzodiazepinas, el bupropión, la buspirona o la quetiapina. Los pacientes que no responden ante la administración de diferentes drogas son considerados resistentes al tratamiento. En estos casos puede resultar útil administrar sustancias de tercera línea. No obstante, siempre deberá reevaluarse el diagnóstico y la presencia de comorbilidades que afecten la respuesta terapéutica.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores; además, afecta el funcionamiento cognitivo, social y laboral y aumenta el riesgo de suicidio.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 26-32, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Posttraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene una prevalencia, a lo largo de la vida, del 1% al 2.3%; en consecuencia, no es un trastorno frecuente, es grave y aparece aproximadamente a los 20 años. La frecuencia de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TOC es del 14% al 56%. Entre los factores de riesgo de esta enfermedad se incluyen el aislamiento social, el antecedente de abuso y la emocionalidad negativa. El TOC tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores; además, afecta el funcionamiento cognitivo, social y laboral y aumenta el riesgo de suicidio. Otra consecuencia del TOC es la utilización

frecuente de los servicios de salud, que se asocia con un costo económico alto. Según lo estimado, entre un 60% y 90% de los pacientes con TOC presentan alguna comorbilidad, principalmente trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, somatomorfos, relacionados con el consumo de sustancias o psicóticos.

Diagnóstico

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, persistentes e intrusivos que generan un nivel elevado de ansiedad. Las compulsiones se definen como conductas o actos mentales repetitivos que el paciente se

Trastorno de Ansiedad: Tratamiento Farmacológico

Trastorno de ansiedad

Drogas de primera línea

Drogas de segunda línea

Trastorno de pánico

Citalopram

Alprazolam

Escitalopram

Clomipramina

Fluoxetina

Clonazepam

Fluvoxamina

Diazepam

Paroxetina

Imipramina

Paroxetina CR

Lorazepam

Sertralina

Mirtazapina

Venlafaxina XR

Reboxetina

Trastorno de ansiedad social

Escitalopram

Alprazolam

Fluvoxamina

Bromazepam

Fluvoxamina CR

Citalopram

Paroxetina

Clonazepam

Paroxetina CR

Gabapentín

Pregabalina

Fenelzina

Sertralina

Venlafaxina XR

Trastorno obsesivo compulsivo

Escitalopram

Fluoxetina
Fluvoxamina
Paroxetina

Sertralina

Citalopram

Clomipramina
Mirtazapina

Venlafaxina XR

Trastorno de ansiedad generalizada

Agomelatina

Duloxetina

Escitalopram

Paroxetina
Paroxetina CR
Pregabalina

Sertralina

Venlafaxina XR

Alprazolam

Bromazepam

Bupropion XL

Buspirona

Diazepam

Hidroxizina

Imipramina

Lorazepam

Quetiapina XR

Vortioxetina

Trastorno por estrés postraumático

Fluoxetina

Paroxetina

Sertralina

Venlafaxina XR

Fluvoxamina

Mirtazapina

Fenelzina

CR: liberación controlada; XR: liberación prolongada

siente obligado a realizar con el fin de disminuir la ansiedad. El diagnóstico de TOC se establece en presencia de obsesiones, compulsiones o ambos. Tanto las obsesiones como las compulsiones consumen tiempo considerable y generan disfunción grave para los pacientes.

En la quinta y última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el TOC no se incluye en la categoría de trastornos de ansiedad, sino que conforma una categoría nueva: los trastornos obsesivos compulsivos y síndromes relacionados. Esta categoría también abarca el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación y la tricotilomanía, entre otros cuadros. De todos modos, la información incluida en los estudios evaluados se obtuvo mediante la aplicación de los criterios del DSM-IV.

Tratamiento

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una estrategia beneficiosa para los pacientes con TOC y, generalmente, incluye la exposición y la prevención de la respuesta (EPR). Según lo informado, los resultados de la TCC son similares a los de la farmacoterapia. Las intervenciones cognitivas son útiles en pacientes que no presentan compulsiones notorias, ya que la EPR puede ser dificultosa. La exposición guiada por un terapeuta es más eficaz en comparación con aquella guiada por el propio paciente, en términos de la mejoría sintomática y el funcionamiento, aunque los resultados disponibles al respecto son limitados. Según los autores, es importante involucrar a la familia de los pacientes con TOC en la psicoterapia, dado que muchas veces es funcional al trastorno. La combinación de psicoterapia y farmacoterapia resultó superior en comparación con la farmacoterapia sola. En consecuencia, puede indicarse que la combinación de ambas estrategias mejora la respuesta y disminuye las recaídas.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son drogas de primera línea para el tratamiento de los pacientes con TOC. Los fármacos de utilidad incluyen el escitalopram, la sertralina, la paroxetina y la fluoxetina, entre otros. Entre las drogas de segunda línea se incluye la clomipramina, con eficacia similar a los ISRS; no obstante, estos últimos tienen ventajas respecto de su tolerabilidad, ya que no generan efectos adversos anticolinérgicos, como la xerostomía, la constipación y la visión borrosa, a diferencia de los antidepresivos tricíclicos. El citalopram también resulta eficaz en comparación con el placebo, aunque se incluye entre las opciones de segunda línea debido a la falta de información disponible sobre su utilidad. También se ha informado acerca de los beneficios de la venlafaxina de liberación prolongada

en pacientes con TOC, droga que se incluye entre las opciones de segunda línea. La clomipramina por vía intravenosa es un tratamiento de tercera línea utilizado en esta población. Otros fármacos que parecen beneficiosos son el citalopram por vía intravenosa, la duloxetina, el tramadol y la tranilcipromina. De todos modos, estas drogas son de tercera línea y su empleo sólo debe considerarse en pacientes con cuadros resistentes al tratamiento de primera y segunda líneas.

La terapia adyuvante se considera en pacientes que presentan TOC resistente. Según los datos disponibles, el agregado de aripiprazol al tratamiento antidepresivo resulta superior en comparación con la administración complementaria de placebo. La risperidona también resultó útil como complemento terapéutico, al igual que la olanzapina. De todos modos, los efectos adversos de los antipsicóticos atípicos limitan su empleo, que se reserva para los pacientes con cuadros de TOC resistente a los antidepresivos. Otros autores informaron la utilidad del complemento terapéutico con quetiapina o topiramato. Las drogas de tercera línea que pueden utilizarse como complemento del tratamiento incluyen la olanzapina, la amisulpirida, la ziprasidona, el haloperidol, la mirtazapina, la lamotrigina y la pregabalina, entre otras. El objetivo de la terapia de mantenimiento de los pacientes con TOC reside en prevenir las recaídas. Según lo informado, la continuidad del tratamiento con ISRS las disminuye significativamente durante un período de evaluación de 6 meses hasta un año. En ausencia de respuesta a las estrategias mencionadas, puede considerarse el uso de terapias biológicas o alternativas.

Conclusión

El TOC es un trastorno grave, relativamente poco frecuente, que genera disfunción grave y afecta la calidad de vida de los pacientes. La TCC que incluye la EPR es una opción eficaz para el tratamiento de los pacientes con TOC, al igual que la farmacoterapia, y puede aplicarse en forma individual o grupal, con beneficios duraderos. El agregado de tratamiento farmacológico a la TCC puede mejorar los resultados a largo plazo. Las drogas de primera línea son los ISRS, como el escitalopram y la sertralina. En ausencia de respuesta a este tratamiento puede optarse, en principio, por administrar una droga alternativa de primera línea. Si la estrategia no funciona, existen opciones de segunda línea, aunque se recomienda administrar una droga adicional como complemento del tratamiento con ISRS. En ausencia de respuesta a diferentes esquemas terapéuticos se considera la presencia de TOC resistente, además de reevaluarse el diagnóstico y la presencia de comorbilidades que afecten la respuesta al tratamiento.

Trastorno por Estrés Postraumático

El trastorno por estrés postraumático se asocia con el antecedente de un trauma y tiene como consecuencia la disminución notoria de la calidad de vida y del funcionamiento de los pacientes.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 32-37, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

Según lo estimado en la población canadiense, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 9.2%. Esta enfermedad se asocia con el antecedente de un trauma, generalmente la muerte o enfermedad grave de un allegado, o el abuso sexual o físico, entre otros. La mayoría de los pacientes presenta el cuadro clínico durante la segunda década de vida. Como consecuencia del TEPT se observa la disminución notoria de la calidad de vida y del funcionamiento. Asimismo, el trastorno se asocia con síntomas como dolor crónico, trastornos del sueño, disfunción sexual y cognitiva y alexitimia, y con el aumento del riesgo de suicidio. Aproximadamente, el 75% de los pacientes con TEPT presenta otro trastorno psiquiátrico comórbido que empeora la evolución clínica; con frecuencia, este cuadro es otro trastorno de ansiedad, aunque también se observa depresión mayor, dependencia de alcohol o trastorno límite de la personalidad, entre otros.

Diagnóstico

El diagnóstico de TEPT se efectúa en pacientes con antecedentes de exposición a un suceso traumático. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de recuerdos o sueños intrusivos que generan malestar, reacciones disociativas y síntomas psicológicos y fisiológicos relacionados con el suceso traumático. Además, es frecuente observar síntomas somáticos y dolor. El cuadro debe estar presente durante más de un mes; de lo contrario, se denomina trastorno por estrés agudo. Como ya se mencionó, generalmente se observa la comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos psiquiátricos, lo cual puede complicar el diagnóstico y el tratamiento.

Prevención y tratamiento temprano

En diferentes estudios se evaluó la intervención temprana destinada a la prevención del TEPT; no obstante, los resultados obtenidos no permiten asegurar su eficacia. De hecho, en algunos pacientes puede observarse un efecto negativo ante las intervenciones individuales, en tanto que las intervenciones grupales no fueron estudiadas en profundidad. Por el contrario, la terapia cognitivo conductual (TCC) focalizada en el trauma es beneficiosa en pacientes con TEPT o trastorno por estrés agudo; en consecuencia, se recomienda evaluar cada caso en particular y aplicar la estrategia apropiada. Es posible que la intervención temprana sea de utilidad para prevenir la cronificación del trastorno. No se cuenta con información concluyente sobre la utilidad de la farmacoterapia para prevenir el TEPT.

La psicoterapia de los pacientes con TEPT generalmente incluye la aplicación de estrategias de psicoeducación y la exposición a estímulos relacionados con el trauma. El efecto de la psicoterapia parece significativo, aunque menor en comparación con la farmacoterapia, especialmente en pacientes con depresión comórbida. La TCC focalizada en el trauma individual o grupal y la aplicación de estrategias para el tratamiento del estrés resultaron beneficiosas para reducir los síntomas de TEPT. La exposición prolongada es una estrategia de TCC que parece eficaz. En cuanto a la reestructuración cognitiva, los resultados disponibles sobre su aplicación son heterogéneos. La terapia conductual dialéctica sería útil en pacientes con TEPT, especialmente en aquellos con riesgo de autoagresión. No se cuenta con información suficiente sobre el efecto de la combinación entre la psicoterapia y la farmacoterapia en pacientes con TEPT. Por ejemplo, se informó la utilidad del tratamiento con propranolol en combinación con la terapia de reactivación del trauma para prevenir la reconsolidación de los recuerdos traumáticos y disminuir la respuesta fisiológica y los síntomas de TEPT. Es necesario realizar estudios adicionales sobre el tema para obtener conclusiones fidedignas. Los efectos de la psicoterapia parecen mantenerse durante un período de hasta 10 años.

Los antidepresivos son drogas de primera línea para el tratamiento de los pacientes con TEPT. Según lo informado, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) son drogas de elección en estos pacientes, principalmente la sertralina, la fluoxetina, la paroxetina y la venlafaxina de liberación prolongada. Las drogas de segunda línea incluyen los antidepresivos mirtazapina y fluvoxamina, entre otros. Entre las drogas de tercera línea se incluyen la imipramina, la amitriptilina, el bupropión, la duloxetina, el topiramato, la risperidona, el aripiprazol y la quetiapina.

En ausencia de respuesta al tratamiento de primera línea con antidepresivos puede resultar útil el agregado de una terapia adyuvante con antipsicóticos atípicos, como la risperidona o la olanzapina. En segundo lugar, se recomienda el agregado de quetiapina o aripiprazol, gabapentín, pregabalin o levetiracetam, entre otras drogas. Algunos fármacos pueden ser de utilidad en presencia de determinados síntomas: por ejemplo, el prazosín es significativamente eficaz en pacientes con TEPT y trastornos del sueño, en tanto que la flufenazina sería útil en aquellos con síntomas de reexperimentación.

La terapia de mantenimiento en pacientes con TEPT que responden a los ISRS se asocia con la disminución significati-

va de las recaídas. Por ejemplo, la continuidad del tratamiento con sertralina disminuyó significativamente los índices de recaídas y se asoció con la mejoría continua de los síntomas.

Conclusión

El TEPT aparece en individuos con antecedente de exposición a un suceso traumático. Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 6% al 9% y se observa con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Este trastorno genera disfunción notoria y se acompaña por síntomas somáticos, riesgo de suicidio y comorbilidades psiquiátricas. La información disponible no permite recomendar la aplicación sistemática de las intervenciones tempranas destinadas a prevenir la aparición de TEPT; en cambio, es preferible realizar una detección sistemática y aplicar las estrategias terapéuticas necesarias para

cada paciente. La TCC es una opción de primera línea para el tratamiento de los pacientes con TEPT. En cuanto a la farmacoterapia, los antidepresivos se incluyen entre las opciones de primera línea, especialmente los ISRS sertralina, fluoxetina o paroxetina y el IRNS venlafaxina de liberación prolongada. En ausencia de respuesta adecuada, se recomienda el reemplazo por otra droga de primera línea o la administración de un fármaco de segunda línea. Asimismo, resulta útil la combinación de drogas. La ausencia de respuesta a diferentes tratamientos se define como TEPT refractario. En estos casos, es importante reevaluar el diagnóstico y analizar la presencia de comorbilidades clínicas o psiquiátricas que afecten la respuesta al tratamiento. Asimismo, puede considerarse la terapia adyuvante con otras drogas y el uso de estrategias biológicas o alternativas.

Trastorno de Ansiedad en Poblaciones Especiales

Los trastornos de ansiedad pueden presentarse en poblaciones especiales de pacientes, incluidas las embarazadas, los niños y adolescentes y los ancianos, y requieren diagnóstico y tratamiento específico para cada caso.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 37-45, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores
Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Embarazo y posparto

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres y pueden presentarse durante el período previo y posterior al nacimiento. Mientras que algunos autores consideran que la frecuencia de los trastornos de ansiedad en este período es especialmente elevada, otros investigadores no hallaron los mismos resultados, especialmente al analizar cada trastorno de ansiedad por separado. Más allá de su frecuencia, los trastornos de ansiedad pueden tener consecuencias negativas sobre el embarazo, el niño o la madre. Por ejemplo, aunque no se cuenta con datos concluyentes al respecto, se informó una asociación entre la ansiedad materna y la alteración cognitiva y emocional del niño.

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede ser de utilidad en mujeres con trastornos de ansiedad que cursan el embarazo o el posparto. En cuanto a la farmacoterapia, es importante considerar los riesgos y los beneficios de su administración. Si bien los psicofármacos pueden afectar al feto, la ansiedad no tratada también supone un riesgo. Según la información disponible, el uso de antidepresivos no aumenta en forma significativa el riesgo de malformaciones congénitas; no obstante, la paroxetina se asoció con el incremento del riesgo de cardiopatías. También se informó la asociación entre el tratamiento antidepresivo y los abortos espontáneos o el síndrome de adaptación neonatal inadecuada. Los re-

sultados de diferentes revisiones sistemáticas no indicaron una asociación entre la administración de antidepresivos y la alteración del desarrollo conductual o neurocognitivo del niño. De todos modos, la información disponible es limitada. En cuanto a las benzodiazepinas y los antipsicóticos atípicos, la información existente es más limitada aún. Se recomienda individualizar el tratamiento, evaluar la información más actualizada y considerar los riesgos que supone la ausencia de tratamiento en pacientes con trastornos de ansiedad.

Niños y adolescentes

Los resultados del *National Comorbidity Survey-Adolescent supplement* (NCS-A) indicaron que los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en los adolescentes. Asimismo, las fobias específicas son muy habituales en niños. Otros cuadros observados en pediatría incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático. Estas enfermedades pueden tener consecuencias a largo plazo y aumentar el riesgo de otros trastornos psiquiátricos, como la depresión o el consumo de drogas. A la hora de efectuar el diagnóstico es importante emplear un lenguaje apropiado para los niños y adolescentes y recabar información mediante entrevistas a las familias y los maestros de los pacientes.

La aplicación de estrategias de psicoterapia en la población pediátrica requiere la adaptación a la edad cronológica y madurativa y la inclusión de los padres. La TCC es de utilidad en estos casos y debe preferirse ante la farmacoterapia, aunque ambas estrategias pueden combinarse. De ser necesario administrar psicofármacos, las drogas de elección son los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); en cambio, las benzodiazepinas tienen utilidad limitada. Otra droga utilizada en estos pacientes, en ausencia de respuesta a los antidepresivos, es el aripiprazol.

Una cuestión a considerar cuando se administran antidepresivos en los niños y los adolescentes es el riesgo de suicidio. Debe tenerse en cuenta que los ISRS pueden tener un efecto activador que aumente el riesgo, aunque los datos disponibles al respecto no son concluyentes. En consecuencia, es importante discutir los riesgos y los beneficios del tratamiento con los pacientes y sus familiares. Los efectos adversos más frecuentes de los antidepresivos incluyen la activación y los vómitos en niños y la somnolencia en adolescentes.

Ancianos

La prevalencia de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida en individuos mayores de 65 años es del 13.6%, es decir, inferior en comparación con lo observado en la población

adulta. No obstante, también es frecuente la ausencia de diagnóstico. Esto es importante si, en pacientes ancianos, se consideran las consecuencias de la ansiedad sobre el sueño, el funcionamiento cognitivo y físico y la calidad de vida. La depresión se incluye entre las comorbilidades más frecuentes observadas en pacientes ancianos con depresión y afecta la evolución en forma negativa. Además, es habitual observar enfermedades clínicas crónicas, como la diabetes o los trastornos gastrointestinales, que dificultan el diagnóstico.

El entrenamiento en relajación y la TCC pueden ser de utilidad en pacientes ancianos con trastornos de ansiedad. En cuanto a la farmacoterapia, se informó la utilidad de los antidepresivos, como la venlafaxina, la sertralina, el escitalopram, el citalopram y la mirtazapina, o los anticonvulsivos, como la pregabalina. Las benzodiazepinas no se recomiendan en este grupo de edad debido a que el riesgo de efectos negativos es considerable. De hecho, los ancianos son más susceptibles ante la aparición de efectos adversos e interacciones farmacológicas en comparación con otros grupos etarios. Esto se debe a cuestiones farmacocinéticas relacionadas con la distribución, el metabolismo y la excreción de las drogas y con la cantidad de fármacos administrados debido a la presencia de comorbilidades. Por lo tanto, se recomienda evaluar cada caso en particular a la hora de planificar el tratamiento.

Trastorno de Ansiedad y algunas Comorbilidades

Se estima que hasta el 80% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan comorbilidades psiquiátricas, principalmente con otro trastorno de ansiedad, depresión, bipolaridad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y consumo de sustancias. Este tipo de comorbilidad tiene consecuencias negativas sobre la evolución clínica y la respuesta al tratamiento. Las enfermedades médicas y los trastornos por dolor también son frecuentes en pacientes con trastornos de ansiedad. En estos casos se observa un aumento del nivel de discapacidad y disfunción, por lo que es importante tener en cuenta la presencia de comorbilidades a la hora de efectuar el diagnóstico y planificar el tratamiento.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 45-47, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor (TDM) puede observarse en el 20% al 36% de los pacientes con trastornos de ansiedad. Asimismo, cerca del 60% de los pacientes con TDM presentan comorbilidad con un trastorno de ansiedad o relacionado. La comorbilidad con depresión en pacientes con trastornos de ansiedad se asocia con síntomas más graves, disminución de la probabilidad de remisión, deterioro funcio-

nal y aumento del riesgo de suicidio y de otros trastornos de ansiedad comórbidos.

El tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) es considerado de primera línea para los pacientes con trastorno de ansiedad en comorbilidad con TDM ya que mejora ambos cuadros. También se informó la utilidad de ciertos antipsicóticos atípi-

cos como la quetiapina o la risperidona, así como el agregado de aripiprazol al tratamiento con antidepresivos.

Trastorno bipolar y psicosis

Casi el 14% de los pacientes con trastornos de ansiedad reúnen los criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar (TBP) tipo I o II. Asimismo, los trastornos de ansiedad representan el cuadro comórbido más frecuente observado en pacientes con TBP. En cuanto a los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la comorbilidad con los trastornos de ansiedad tiene una frecuencia del 10% al 15%. Esa comorbilidad se asocia con un aumento del riesgo de depresión y consumo de sustancias, disminuye la calidad de vida y afecta la evolución y el funcionamiento de los pacientes.

El tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad en comorbilidad con el TBP o las psicosis puede llevarse a cabo mediante el empleo de antipsicóticos atípicos. En cambio, el tratamiento antidepresivo a largo plazo puede desestabilizar a los pacientes bipolares. Por ejemplo, se informó la utilidad del aripiprazol. También se hallaron beneficios ante el empleo de anticonvulsivos como el valproato y el gabapentín.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

La comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de ansiedad es frecuente en adultos. Según lo informado, los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una probabilidad de TDAH 4 veces mayor en comparación con la población general. El cuadro más observado es el trastorno de ansiedad social

(TAS), seguido por la fobia específica, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

A la hora de tratar a estos pacientes es importante distinguir el TDAH con características ansiosas del TDAH en comorbilidad con un trastorno de ansiedad. El tratamiento puede ser complicado ya que no se cuenta con información suficiente al respecto. Es fundamental evaluar los síntomas más perjudiciales con el fin de planificar una estrategia terapéutica. Según los datos existentes, la atomoxetina y las sales de anfetamina pueden resultar beneficiosas en algunos casos.

Comorbilidades médicas

Las comorbilidades médicas son frecuentes en pacientes con trastornos de ansiedad y deben tenerse en cuenta a la hora de prescribir drogas ansiolíticas. Los cuadros más frecuentes incluyen la enfermedad cardiovascular, los cuadros gastrointestinales, las enfermedades respiratorias, las migrañas y la lumbalgia, entre otros. Esta comorbilidad es más frecuente en pacientes con TAG, trastorno de pánico y TEPT. A la hora de planificar un tratamiento se recomienda administrar drogas que actúen sobre ambos trastornos. Por ejemplo, los ISRS son eficaces en pacientes con migraña y pueden ser útiles en presencia de dolor neuropático.

Finalmente, ciertas drogas pueden ser contraproducentes en pacientes con diabetes o dislipidemias, especialmente los antipsicóticos atípicos y algunos antidepresivos como la amitriptilina, la mirtazapina y la paroxetina.

Trastorno de Ansiedad Social

El trastorno de ansiedad social se incluye entre los trastornos de ansiedad más frecuentes, generalmente aparece durante la adolescencia y tiene un curso crónico. Su prevalencia aumenta ante un nivel socioeconómico bajo, la comorbilidad con la depresión mayor y la soltería, entre otros factores.

Fuente: BMC Psychiatry 14(S1): 16-21, Jul 2014

Autores: Katzman M, Bleau P, Van Ameringen M y colaboradores

Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá; University of Quebec in Outaouais, Gatineau, Canadá

Título original: Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders

Traducción textual: Recomendaciones Elaboradas en Canadá para el Tratamiento de los Pacientes con Ansiedad, Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Práctica Clínica

Características

El trastorno de ansiedad social (TAS) se incluye entre los trastornos de ansiedad más frecuentes, generalmente aparece durante la adolescencia y tiene un curso crónico. Su prevalencia es del 8% al 12% y aumenta ante un nivel socioeconómico bajo, la comorbilidad con la depresión mayor y la soltería, entre otros factores. El TAS es más frecuente en mujeres que en hombres y en países desarrollados en comparación con los países en vías de desarrollo. Sus consecuencias incluyen disfunción académica, laboral y familiar y

disminución de la calidad de vida. Además, el trastorno tiene consecuencias económicas significativas. Con frecuencia, los pacientes con TAS presentan comorbilidades psiquiátricas, especialmente con el trastorno depresivo mayor y con otros trastornos de ansiedad.

Diagnóstico

El paciente con TAS tiene un miedo persistente de sentir humillación o vergüenza o ser evaluado en forma negativa por parte de otros individuos debido a lo que dice o hace

en público. Esto genera una evitación activa o un malestar duradero ante situaciones sociales. En general, el individuo puede reconocer que su temor es desproporcionado. Como consecuencia del TAS se observa un nivel significativo de disfunción y malestar. Finalmente, el TAS puede ser “de desempeño” y presentarse en situaciones de exposición generalmente relacionadas con la vida profesional de los pacientes.

Tratamiento

La terapia cognitivo conductual (TCC) es la estrategia no farmacológica de referencia para el tratamiento de los pacientes con TAS y puede aplicarse en forma individual o grupal. Entre las estrategias aplicadas se incluye la reestructuración cognitiva y la terapia de exposición. Los efectos de la TCC pueden ser duraderos una vez interrumpidas las sesiones. En cuanto a la psicoterapia interpersonal, los datos que indican su utilidad en pacientes con TAS son heterogéneos.

Los antidepresivos son fármacos de primera línea para el tratamiento de los pacientes con TAS. Por ejemplo, los resultados de diferentes estudios permiten indicar los beneficios del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el escitalopram y la sertralina. Asimismo, se hallaron beneficios ante el empleo de inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina como la venlafaxina XR. Otra sustancia eficaz en pacientes con TAS es la pregabalina, al ser administrada en dosis altas, de 600 mg/día. No obstante, se desconoce la eficacia relativa de la pregabalina en comparación con los ISRS. Además, los ISRS resultan eficaces en presencia de otras enfermedades psiquiátricas que pueden presentarse en comorbilidad con el TAS.

Los agentes de segunda línea empleados en pacientes con TAS incluyen ciertas benzodiazepinas como el clonazepam, aunque a diferencia de los antidepresivos no tienen efecto sobre los cuadros comórbidos con el TAS.

Además, son drogas con potencial de abuso y dependencia, sobre todo en pacientes con antecedente de consumo

de sustancias. El citalopram también es eficaz en pacientes con TAS. De hecho, su eficacia parece ser similar a la de otros ISRS. No obstante, no se cuenta con estudios suficientes al respecto. La fluoxetina es menos eficaz que otros ISRS en pacientes con TAS, en tanto que la información acerca del uso de mirtazapina y otras sustancias, como la olanzapina, la selegilina y la atomoxetina, es poco concluyente. La evaluación de la terapia de mantenimiento de los pacientes con TAS permitió observar beneficios ante la continuidad del tratamiento con ISRS en términos de recaídas. Tanto la pregabalina como el escitalopram y la venlafaxina XR favorecieron la mejoría clínica continua de los pacientes con TAS durante un período aproximado de 6 meses en comparación con el placebo.

Conclusión

El TAS es un cuadro frecuente que generalmente afecta a las mujeres y tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida y el funcionamiento de los pacientes. En muchas ocasiones, este trastorno se presenta en comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos como la depresión. Los pacientes con TAS presentan un miedo o ansiedad intensos relacionados con situaciones de desempeño social en las cuales pueden ser evaluados por otros individuos. En consecuencia, evitan dichas situaciones en forma activa. El tratamiento de primera línea para estos pacientes incluye la TCC que puede combinarse con farmacoterapia. En cuanto a este último, los fármacos de primera línea son los antidepresivos, como el escitalopram, la sertralina, la paroxetina o la venlafaxina XR. También puede ser de utilidad el uso de pregabalina. En ausencia de respuesta adecuada se recomienda reemplazar una droga de primera línea por otra. A continuación, los pacientes podrán recibir agentes de segunda línea como las benzodiazepinas. En pacientes con TAS resistente al tratamiento deberá reevaluarse el diagnóstico y evaluar la presencia de comorbilidades que afecten la respuesta clínica, así como el empleo de estrategias terapéuticas de tercera línea.



Investigación+Documentación S.A.
Edificio Calmer, Avda. Belgrano 430
(C1092AAR), Buenos Aires, Argentina
Tel.: +54 11 4342 4901
i+d@siicsalud.com
www.siic.info

Los textos de **Guías Distinguidas** (GD) fueron seleccionados de la base de datos SIIC *Data Bases*.

Los artículos de GD fueron resumidos objetivamente por el Comité de Redacción Científica de SIIC. El contenido de GD es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

Los médicos redactores no emiten opiniones o comentarios sobre los artículos que escriben. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de i+d.

Impreso en la República Argentina, enero de 2016. Colección Guías Distinguidas, Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11.723.