

VOL. 1
mayo 2015
Nº2

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

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



Línea Neuro Psiquiátrica
Roemmers



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

Introducción 

Pág. 4

Tratamiento 

Pág. 5

Algoritmo 

Insert central

Recomendaciones de tratamiento 

Pág. 9

Conclusiones 

Pág. 10

Glosario de abreviaturas

ATC: antidepresivos tricíclicos; **IMAO:** inhibidores de la monoaminoxidasa; **IRSN:** inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; **ISRS:** inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Terapia Farmacológica de los Trastornos de Ansiedad en la Atención Primaria

Los pacientes con trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático pueden ser tratados eficazmente en la atención primaria, y su calidad de vida puede mejorar en forma sustancial.

Fuente: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 16(2):77-84, Ene 2012

Autores: Bandelow B, Sher L, Möller H y colaboradores

Institución: Georg-August-University of Göttingen, Essen, Alemania

Título original: Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care

Traducción textual: Pautas para el Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático en la Atención Primaria

La conceptualización actual de los trastornos de ansiedad (TA) comprende la interacción entre la vulnerabilidad específica de orden neurobiológico (trastornos genéticos o de la infancia), por un lado, y de variables ambientales (estrés, trauma), por el otro.

La patogenia de estas afecciones se vincula con disfunción de los sistemas de neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina, entre otros. Los TA suelen estar subdiagnosticados en el ámbito de la atención primaria

de la salud, aunque pueden ser tratados eficazmente por médicos generalistas.

Esta breve reseña constituye una recomendación para el diagnóstico entre los médicos generales, así como un resumen operativo de las estrategias de tratamiento de los TA, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), de acuerdo con las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y la *American Psychiatric Association*.

Tabla 1. Categorías de evidencia y grados de recomendación.

Categoría de evidencia	Descripción
A	Evidencia completa obtenida de estudios controlados
B	Evidencia favorable y limitada obtenida de estudios controlados
C	Evidencia de estudios no controlados o casos clínicos/opiniones de expertos
C1	Estudios no controlados
C2	Casos clínicos
C3	Basada en opinión de expertos en el tema o en la experiencia clínica
D	Resultados no congruentes
E	Evidencia negativa
F	Falta de evidencia
Grados de recomendación	
1	Evidencia de categoría A y buena relación riesgo/beneficio
2	Evidencia de categoría A y moderada relación riesgo/beneficio
3	Evidencia de categoría B
4	Evidencia de categoría C
5	Evidencia de categoría D

Tanto el enfoque farmacológico como los abordajes psicoterapéuticos representan los pilares de la terapia de los pacientes con trastornos de ansiedad.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica para identificar todos los estudios acerca de estrategias de tratamiento que resultaran superiores no sólo con respecto al placebo, sino también superiores o al menos con eficacia equivalente en relación con los tratamientos de comparación establecidos.

Según las normativas vigentes, el tratamiento debe implementarse en la mayor parte de los enfermos que cumplen los criterios del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para el TA, el TOC o el TEPT. Las opciones de tratamiento incluyen psicofármacos y psicoterapia. Antes de iniciar la terapia farmacológica se recomienda explicar al paciente los mecanismos subyacentes a la ansiedad somática y psíquica, con el objetivo de mejorar el cumplimiento terapéutico.

La terapia se mantiene por al menos seis a 24 meses después de alcanzar la remisión, con el objetivo de minimizar la probabilidad de recaídas. En este sentido, una terapia eficaz solamente puede ser suspendida si todos o casi todos los síntomas han desaparecido.

Psicofármacos

Los fármacos de primera línea, debido a su relación riesgo-beneficio favorable, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y la pregabalina (Figuras 1 y 2).

Los ISRS están indicados para los TA, el TOC y el TEPT. Aunque esta terapia es, en general, bien tolerada, en la primera fase del tratamiento los pacientes pueden experimentar inquietud, nerviosismo, incremento de los síntomas de ansiedad, insomnio o cefaleas; estas manifestaciones pueden poner en peligro el cumplimiento de las pautas de tratamiento y se señala que la administración de bajas dosis iniciales pueden atenuar estas consecuencias del exceso de estimulación. En otros eventos adversos se citan la fatiga, los mareos y las náuseas, por lo que se propone la administración de estos fármacos después de las comidas.

La actividad ansiolítica puede comenzar después de dos y hasta ocho semanas de tratamiento. Los efectos secundarios a largo plazo incluyen disfunción sexual y aumento ponderal.

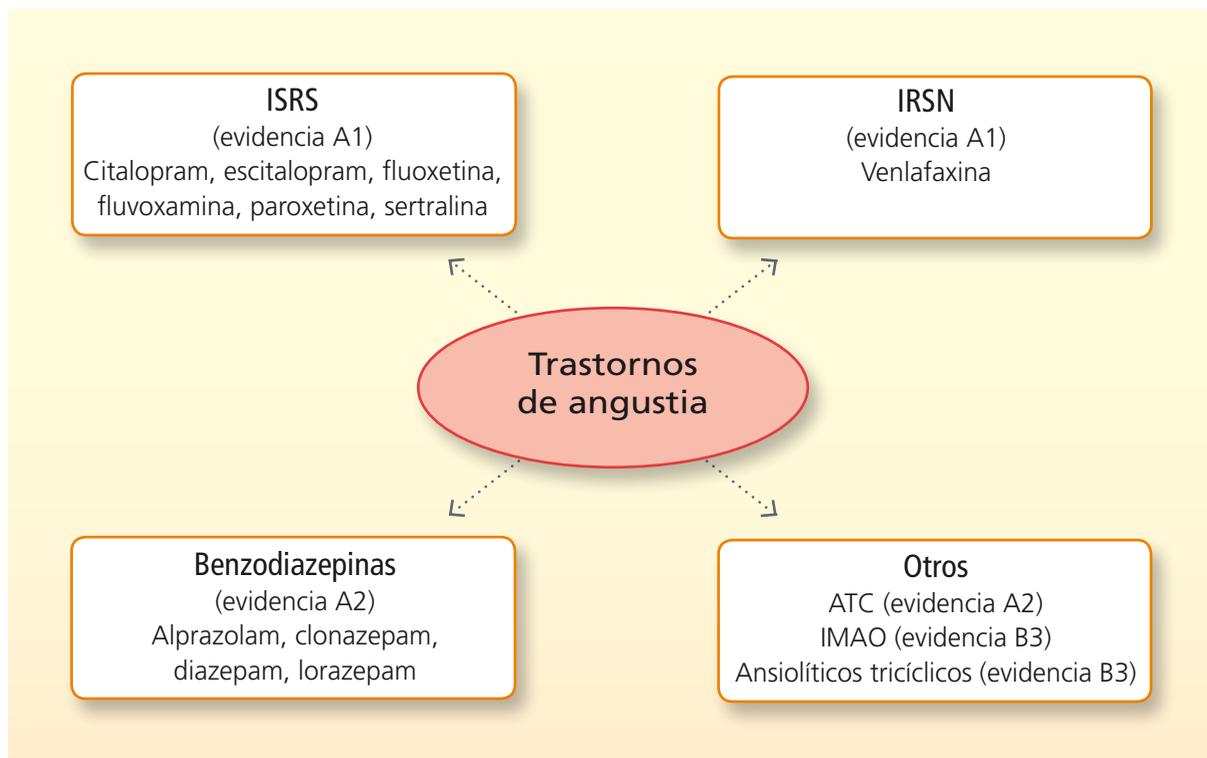


Figura 1. Recomendaciones para la terapia de los trastornos de angustia.

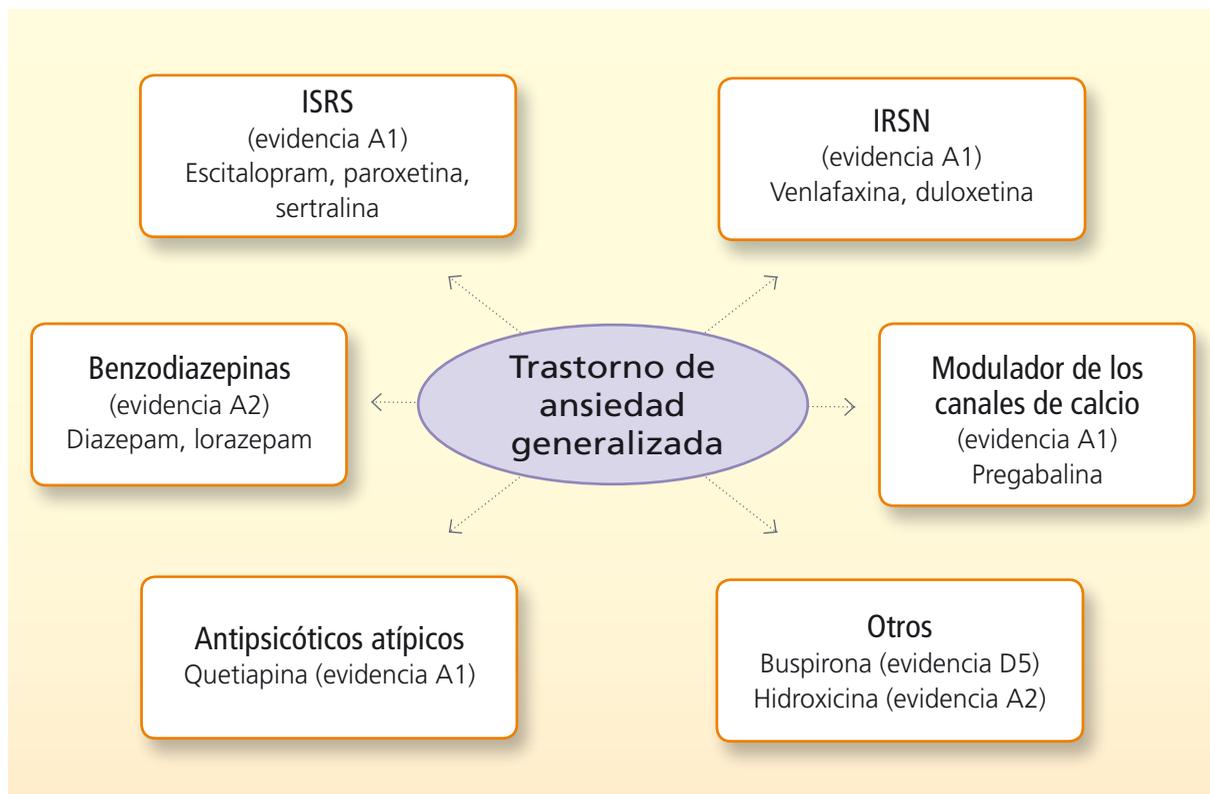


Figura 2. Recomendaciones para la terapia del trastorno de ansiedad generalizada.

Por otra parte, los IRSN se recomiendan para el enfoque de pacientes con TA o TEPT, mientras que no se dispone de información suficiente para fundamentar su indicación en sujetos con TOC. En relación con la pregabalina, se describe a los mareos y la somnolencia como los principales eventos adversos; sin embargo, dado que su efecto puede observarse en los primeros días de tratamiento, este fármaco se asocia con ventajas con respecto al uso de antidepresivos.

En otro orden, los antidepresivos tricíclicos, en especial la imipramina y la clomipramina, también son fármacos eficaces en sujetos con TA, incluido el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). No obstante, estos fármacos no han sido investigados de forma sistemática en pacientes con TA social (Figura 3). Se advierte que la adhesión a la terapia puede reducirse como consecuencia de los eventos adversos (sedación, xerostomía, prolongación del tiempo de reacción, constipación, incremento ponderal). Se reconoce que la prevalencia de eventos adversos es más elevada para los antidepresivos tricíclicos, en comparación con los antidepresivos nuevos. Por consiguiente, se recomienda el uso inicial de fármacos más modernos. Debe destacarse que las interacciones farmacocinéticas representan otro obstáculo para la administración de antidepresivos tricíclicos en individuos que emplean otros medicamentos de forma concomitante. Asimismo, al tra-

tarse de fármacos con toxicidad cardíaca y neurológica, pueden ser potencialmente letales en caso de sobredosis y deben evitarse en sujetos con riesgo de suicidio.

En relación con las benzodiazepinas, la acción ansiolítica se verifica a los pocos minutos de su administración por vía oral o parenteral. Se trata de productos con buen perfil de seguridad, aunque pueden inducir mareos, sedación y prolongación del tiempo de reacción. Las benzodiazepinas pueden indicarse en combinación con fármacos serotoninérgicos en la primera etapa de tratamiento para evitar el aumento de la ansiedad. Se señala que las benzodiazepinas se indican con un esquema regular de dosificación, si bien después de semanas o meses de tratamiento continuo, una proporción relevante de pacientes puede presentar dependencia farmacológica. No se ha demostrado la eficacia de las benzodiazepinas en sujetos con estrés agudo, TOC o trastornos concomitante de depresión.

Aunque en algunos ensayos se ha informado que los antipsicóticos atípicos, como la quetiapina, podrían indicarse como monoterapia del TAG o como medicación complementaria en individuos con TA, TOC o TEPT sin respuesta al tratamiento habitual, se propone que la administración de estos fármacos sea prescrita por especialistas, ya que no cuentan con aprobación para esta indicación en numerosos países.

Recomendaciones generales de tratamiento

	Trastornos de angustia	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad social	Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno por estrés postraumático
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)					
Citalopram	20 – 60 (A1)		20 – 40 (B3)		
Escitalopram	10 – 20 (A1)	10 – 20 (A1)	10 – 20 (A1)	10 – 20 (A1)	
Fluoxetina	20 – 40 (A1)		20 – 40 (D5)	20 – 60 (A1)	20 – 40 (A1)
Fluvoxamina	100 – 300 (A1)		100 – 300 (A1)	100 – 300 (A1)	
Paroxetina	20 – 60 (A1)	20 – 50 (A1)	20 – 50 (A1)	20 – 60 (A1)	20 – 40 (A1)
Sertralina	50 – 150 (A1)	50 – 150 (A1)	50 – 150 (A1)	50 – 200 (A1)	50 – 100 (A1)
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)					
Venlafaxina	75 – 225 (A1)	75 – 225 (A1)	75 – 225 (A1)		75 – 225 (A1)
Duloxetina		60 – 120 (A1)			
Antidepresivos tricíclicos (ATC)					
Amitriptilina					75 – 200 (B3)
Clomipramina	75 – 250 (A2)			75 – 300 (A2)	
Imipramina	75 – 250 (A2)				75 – 200 (B3)
Moduladores de los canales de calcio					
Pregabalina		150 – 600 (A1)			

Gabapentín			600 – 3 600 (B3)			
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)						
Fenelzina	45 – 90 (B3)		45 – 90 (A2)	45 – 90 (D5)	45 – 90 (D5)	
Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A						
Moclobemida			300 – 600 (D5)			
Benzodiazepinas						
Alprazolam	1.5 – 8 (A2)					
Clonazepam	1 – 4 (A2)		1.5 – 8 (B3)			
Diazepam	5 – 20 (A2)	5 – 15 (A2)				
Lorazepam	2 – 8 (A2)	2 – 8 (A2)				
Antipsicóticos atípicos						
Quetiapina		50 – 300 (A1)				
Risperidona					0.5 – 6 (B3)	
Ansiolíticos tricíclicos						
Opipramol	50 – 150 (B3)					
Buspirona		15 – 60 (D5)				
Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos						
Mirtazapina				30 – 60 (B3)	30 – 60 (B3)	
Antihistamínicos						
Hidroxicina		37.5 – 75 (A2)				

Las dosis se expresan en miligramos; entre paréntesis se especifica el nivel de evidencia y el grado de recomendación.



Figura 3. Recomendaciones para la terapia del trastorno de ansiedad social.

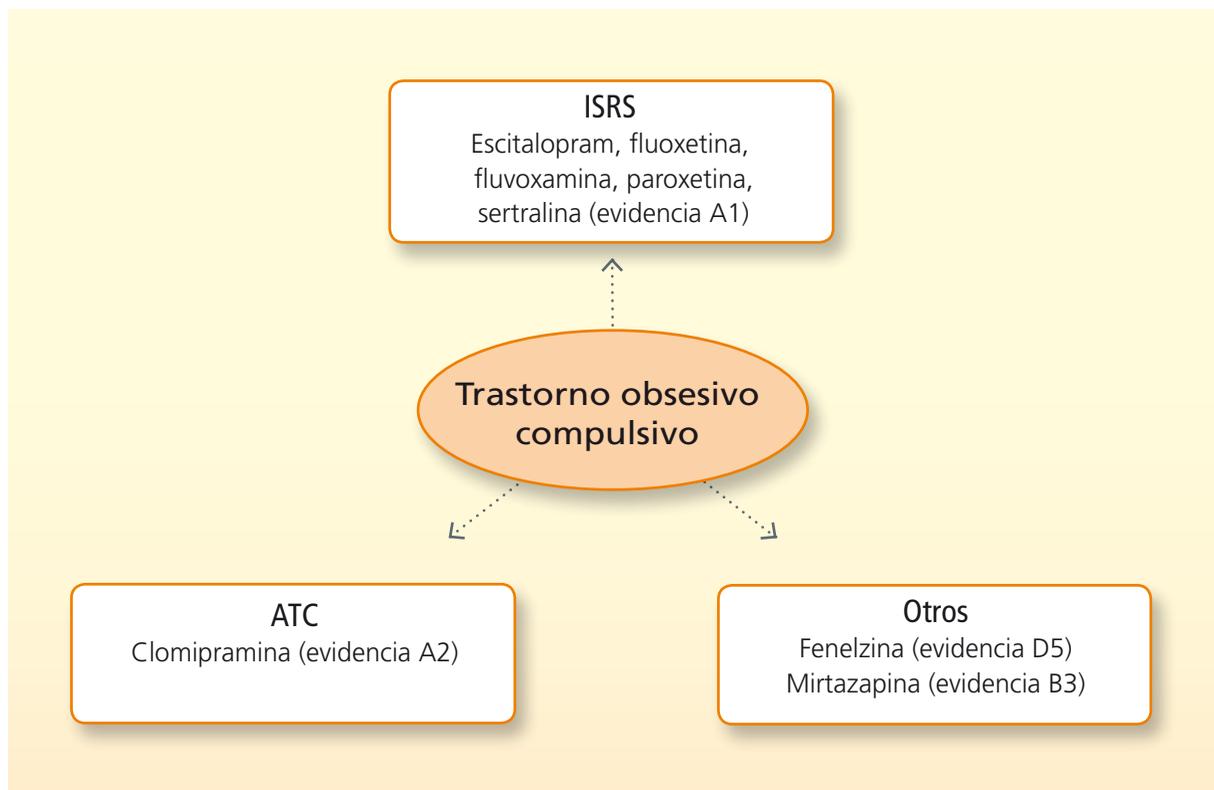


Figura 4. Recomendaciones para la terapia del trastorno obsesivo compulsivo.

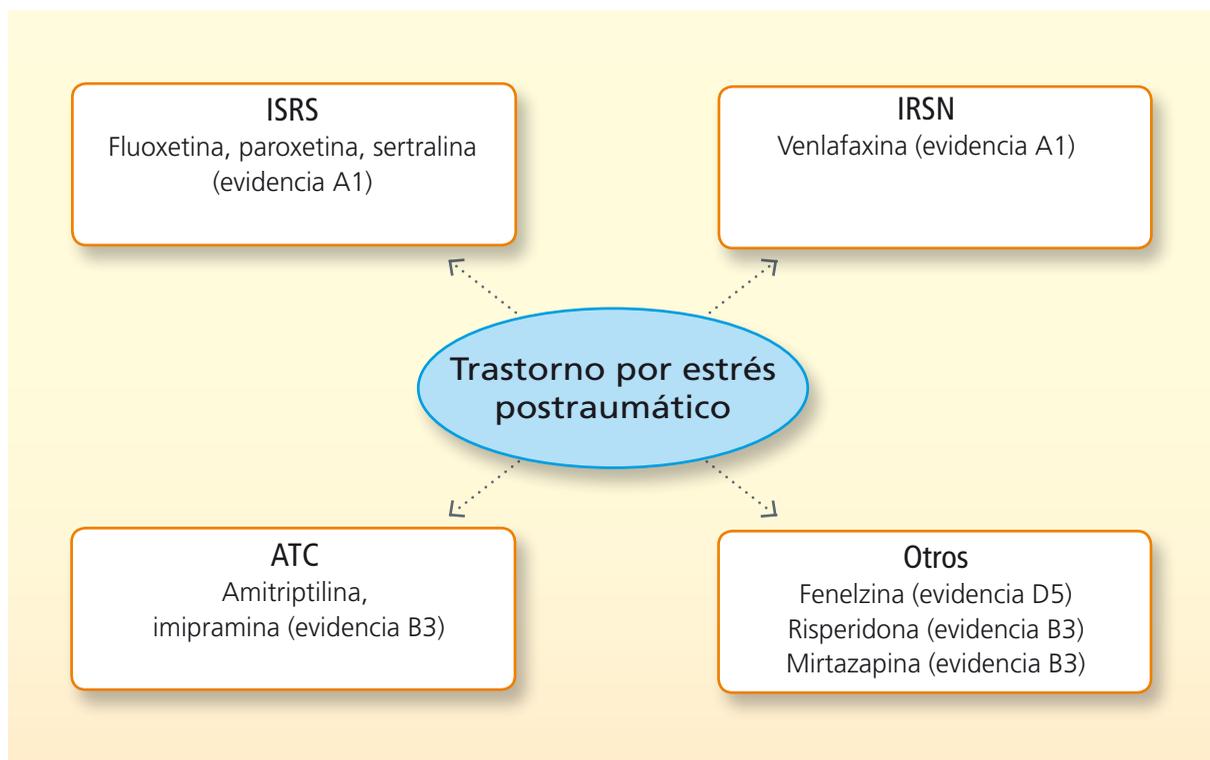


Figura 5. Recomendaciones para la terapia del trastorno por estrés postraumático.

Dosis

Se postula que cerca del 75% de los pacientes responde a una dosis inicial baja de antidepresivos, con la excepción de los enfermos con TOC.

Además, en ciertas poblaciones, como los individuos de edad avanzada, se prefiere el comienzo de la terapia con la mitad de las dosis recomendadas o incluso menos, con el fin de atenuar los eventos adversos iniciales de estos fármacos.

En el caso de los individuos con TOC, se propone la administración de dosis moderadas a elevadas. En aquellos pacientes que son tratados con antidepresivos tricíclicos,

se sugiere la administración inicial de dosis bajas, con incrementos cada 3 a 5 días (Figuras 4 y 5).

En los enfermos en quienes no se verifica respuesta ante la indicación de dosis adecuadas después de cuatro a seis semanas (o bien 8 a 12 semanas en presencia de TOC o TEPT), se recomienda cambiar el fármaco o bien la derivación al psiquiatra. Para los pacientes con TOC que no mejoran con el tratamiento habitual, puede adicionarse el eventual uso de antipsicóticos. Se destaca que la terapia cognitivo conductual adyuvante es un recurso útil para todos los pacientes, en especial ante la falta de respuesta al uso de psicofármacos.

Se presentan las principales normativas para la terapia de cada variante de los trastornos de ansiedad, con énfasis en las estrategias de primera elección

<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con eventos agudos de ansiedad, con agorafobia o sin ella, los recursos de primera línea con los ISRS y la venlafaxina. Después de alcanzar la remisión, se continúa la terapia por varios meses con el fin de evitar recaídas. La asociación de la terapia cognitivo conductual y el uso de psicofármacos se vincula con mejores resultados, sobre todo en individuos con agorafobia.
<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia de primera línea en pacientes con TAG comprende el uso de ISRS, IRSN y pregabalina. La psicoterapia recomendada incluye a la terapia cognitivo conductual y las técnicas asociadas. En los tratamientos a largo plazo, las benzodiazepinas se reservan sólo cuando otros fármacos o el enfoque cognitivo conductual no han sido exitosos.
<ul style="list-style-type: none"> • Los fármacos de elección para el TA social son la venlafaxina y los ISRS, mientras que la fenelzina es una alternativa para aquellos sujetos con falta de respuesta. Las terapias de exposición y el abordaje cognitivo conductual son recursos eficaces en estos pacientes, al tiempo que las terapias de exposición son útiles para el tratamiento de fobias específicas.
<ul style="list-style-type: none"> • En individuos con TOC, los esquemas de primera línea incluyen a los ISRS o al antidepresivo tricíclico imipramina. Se recomiendan dosis moderadas a altas en el marco de tratamientos a largo plazo. En formas graves en las cuales las restantes estrategias terapéuticas no han sido útiles, la estimulación cerebral profunda podría ser una alternativa válida.
<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con TEPT, los ISRS (fluoxetina y sertralina) y la venlafaxina (un IRSN) constituyen opciones eficaces.
<ul style="list-style-type: none"> • Los ISRS y los antidepresivos no parecen aumentar el riesgo de malformaciones fetales, pero se recomienda evitar la paroxetina y el alprazolam en embarazadas o mujeres que planean una gestación.
<ul style="list-style-type: none"> • Los ISRS y los ATC se excretan en la leche materna en bajas concentraciones, pero no hay datos suficientes para recomendar la interrupción del amamantamiento. Los lactantes deben ser observados para detectar sedación, pérdida ponderal y letargo; si la madre requiere benzodiazepinas en dosis elevadas y a largo plazo, probablemente se requiere la interrupción de la lactancia.
<ul style="list-style-type: none"> • En niños y adolescentes, los ISRS son una terapia de primera línea, pero en virtud del probable incremento de la prevalencia de ideación y conductas suicidas, se recomienda un seguimiento cuidadoso.
<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes ancianos son más sensibles a los efectos anticolinérgicos de la medicación, incluida la hipotensión ortostática, así como a los posibles efectos paradójicos de las benzodiazepinas. En sujetos de edad avanzada, se prefieren los ISRS a los antidepresivos tricíclicos o las benzodiazepinas.
<ul style="list-style-type: none"> • Es prudente evitar el uso de antidepresivos tricíclicos en individuos con cardiopatías, en quienes se recomienda la terapia con ISRS, aunque tanto el citalopram como el escitalopram en dosis altas han sido vinculados con prolongación del intervalo QT corregido. La venlafaxina, por otra parte, requiere el control de la presión arterial en sujetos hipertensos, si bien es un fármaco que resulta generalmente bien tolerado.



Los pacientes con TA, TOC y TEPT pueden tratarse de forma eficaz en el ámbito de la atención primaria, con mejoría importante de la calidad de vida.



La asociación de psicofármacos y terapia cognitivo conductual se relaciona con los mejores resultados.



El tratamiento individual debe planificarse sobre la base de las características clínicas de cada paciente, por un lado, y de las alternativas de diagnóstico y tratamiento, por el otro. En algunos casos, el enfermo debe ser evaluado por un especialista, en especial en casos de falta de respuesta a fármacos de primera línea, ante la presencia concomitante de abuso de alcohol u otras sustancias, cuando la afección interfiere con el funcionamiento social y ocupacional del paciente o ante la asociación de depresión o tendencias suicidas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com



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, mayo de 2015. Colección Guías Distinguidas, Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11.723.