

TRASTORNO DE ANSIEDAD. CRISIS DE PÁNICO

Carmen Gradín Purroy e Itxaso Alonso Arana
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Navarra

Los trastornos de ansiedad consisten en uno de los grupos más comunes entre los trastornos psiquiátricos, con una prevalencia anual en la población alrededor del 20%. Presenta una mayor incidencia en adultos jóvenes y mujeres.

La ansiedad *normal* consiste en una reacción adaptativa a un peligro identificable en el entorno y se corresponde cuantitativa y cualitativamente con él.

La ansiedad *patológica*, sin embargo, es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Se trata de una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente.

El fracaso en el diagnóstico de la patología ansiosa puede provocar en el paciente incapacidad, depresión e hipocondría, o llevarle al abuso de alcohol u otras sustancias, buscando de esta forma la mejoría de los síntomas.

Manifestaciones clínicas:

Síntomas Físicos

- palpitaciones
- sudoración
- temblores
- sequedad de boca
- disnea
- dolor precordial
- náuseas
- diarrea
- mareos
- hiperhidrosis
- hormigueo en extremidades
- frecuencia urinaria

Síntomas Psíquicos

- sensación de desrealización/
despersonalización
- sensación de muerte inminente
- sensación de inestabilidad
- miedo a perder el control
- confusión y distorsiones en la percepción

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

Si en Urgencias la intensidad o duración de la clínica es significativa, es preciso el tratamiento farmacológico agudo mediante una **benzodiacepina** de inicio de acción rápido (*Alprazolam, Loracepam...*)

La vía intravenosa debe reservarse únicamente para casos graves o situaciones médicas simultáneas que puedan crear amenaza para la vida del paciente.

Una vez tranquilo el paciente, es necesario realizar una historia clínica minuciosa y exploraciones complementarias para:

- Descartar enfermedad orgánica causante del síndrome (*Infarto Agudo de Miocardio, Arritmia, Asma, Colon Irritable, Disfunción Vestibular, EPOC, Epilepsia, Feocromocitoma, Hipertiroidismo, Hiperventilación, Hipoglucemia, Hipoparatiroidismo, Hipotiroidismo, Hipoxia, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Prolapso de V. Mitral, Sd. Cushing, TEP, Sd. Carcinoide*)
- Descartar abstinencia de sustancias ansiolíticas (*Benzodiacepinas, Antidepresivos, Antipsicóticos, Barbitúricos, Opiáceos, Alcohol...*)
- Descartar abuso de drogas estimulantes o alucinógenos (*Cocaína, Anfetaminas, Cafeína, Extasis, LSD...*)
- Descartar ansiedad sintomática (*asociada a otro cuadro psiquiátrico como Depresión, Manía, Hipocondría, T. Personalidad, T. Delirantes...*)
- Identificar si es posible alguno de los trastornos específicos de ansiedad
- Comprobar posibles antecedentes (*sucesos vitales significativos, historia familiar, trastorno de ansiedad previo...*)
 - El que exista historia previa de ansiedad o factor estresante reciente, no elimina la posibilidad de enfermedad médica
 - Ningún diagnóstico médico descarta un trastorno de pánico o ansiedad coexistente
- Pautar tratamiento puntual o de mantenimiento si precisa y derivar al especialista correspondiente

TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (DSM-IV) Y TRATAMIENTO

1 y 2) Trastorno de Pánico con/sin agorafobia

El T. Pánico, clínicamente se caracteriza por la presentación imprevisible de crisis recurrentes de ansiedad grave o pánico, no relacionadas con ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares aunque con el tiempo, pueden llegar a ser situacionales. Se acompaña de intensos síntomas vegetativos de ansiedad con temor a perder el autocontrol o sensación de irrealidad y secundariamente, con temor a vivir, enloquecer, enfermar... A menudo da lugar a ansiedad anticipatoria, conductas de evitación fóbica y desesperanza.

Recomendaciones Terapéuticas:

- Urgencias: se recomienda el uso de *benzodiazepinas* (Alprazolam 1-2 mg o Diacepam 5-10 mg). A fin de controlar la hiperventilación, puede ser útil reciclar el propio CO₂ (mascarilla obturada). Es aconsejable iniciar ya en urgencias el tratamiento de base, tras el control de la crisis.
- Tratamiento de Base: *1ª elección*: alprazolam, clonacepam o ISRS. La práctica médica favorece la idea de realizar un tratamiento conjunto con alguna de las benzodiazepinas ya indicadas y un ISRS. *2ª elección*: ATC (Imipramina 100-300 mg/día y Clomipramina 150-200 mg/día)
- Terapia de Conducta: explica los mecanismos generadores de crisis de pánico y da instrucciones para hacer frente a los mismos.

3) Trastorno de Ansiedad Generalizada

Ansiedad y preocupación excesivas por varios sucesos y actividades durante la mayor parte de los días, al menos durante 6 meses. Suele asociarse a síntomas somáticos (tensión muscular, irritabilidad...)

Recomendaciones Terapéuticas: Es aconsejable el tratamiento con *benzodiazepinas* (todas tienen una eficacia similar) asociado a *técnicas de relajación*. Se pueden asociar también *β-bloqueantes* (Propranolol 20-160 mg/día) para el control de síntomas físicos. Si los fármacos anteriores resultan insuficientes se pueden añadir también *antidepresivos* (Imipramina, Clomipramina, ISRS)

4) Agorafobia sin antecedentes de T. Pánico

Miedo a la aparición súbita de síntomas incapacitantes en ambientes de donde sea difícil escapar o en los que pueda no haber ayuda.

Recomendaciones Terapéuticas: Tratamiento conjunto con *benzodiazepinas* y *antidepresivos* (ISRS), retirando progresivamente las BZD y manteniendo los ISRS.

5) Fobia específica

Temor hacia estímulos específicos, como determinados objetos, animales o situaciones lo que conlleva la evitación de los mismos.

Recomendaciones Terapéuticas: El tratamiento básico consiste en *Terapia Cognitivo Conductual*, con tratamiento farmacológico de apoyo (benzodiazepinas y β-bloqueantes)

6) Fobia social

Malestar ansioso en situaciones en las que el paciente es objeto de atención de otras personas y teme la humillación o desconcierto.

Recomendaciones Terapéuticas: El tratamiento de elección se basa en asociación de *benzodiazepinas* y *antidepresivos* (también es útil Psicoterapia y β-bloqueantes)

7) Trastorno Obsesivo Compulsivo

Obsesiones y/o compulsiones egodistónicas recurrentes suficientemente graves como para causar malestar profundo en el paciente y limitación en las funciones de la vida normal.

8) Trastorno por estrés postraumático

Síndrome que sobreviene después de que una persona experimente o presencie un acontecimiento traumático extremo.

9) Trastorno por estrés agudo

Aparece antes que el T. por estrés postraumático (TEPT), dentro de las 4 primeras semanas tras el suceso y remite a los 2 días - 4 semanas (si persiste pasaría a ser TEPT)

10) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

La clínica ansiosa se debe a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica.

11) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se debe al efecto directo producido por sustancias.

12) Trastorno de ansiedad sin otra especificación

No cumple criterios para los anteriores diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. *A. Chinchilla, J. Correas, FJ. Quintero, M. Vega.* Manual de Urgencias Psiquiátricas. Edit. Masson, 2003
2. *Kaplan-Sadock.* Sinopsis de Psiquiatría 9ª Edición. Edit. Panamericana, 2004
3. *PA. Soler Insa, J. Gascón Barrachina.* RTM-II 2ª Edición. Edit. Masson, 1999
4. *Hyman, SE.* Manual de Urgencias Psiquiátricas 2ª Edición. Edit. Salvat, 1990