



GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO

Orientar en el reconocimiento de los trastornos de ansiedad en pacientes jóvenes y adultos, y en la selección de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponibles sobre las intervenciones terapéuticas para su manejo.

PARTICIPANTES Y RESPONSABLES DE LA GUÍA.

Profesionales de la salud: responsables del reconocimiento de los trastornos de ansiedad en pacientes jóvenes y adultos, y en la selección de recomendaciones basadas en la evidencia científica.

Área de salud: responsables de garantizar la adecuada aplicación y ejecución de esta guía.

GENERALIDADES

Las medidas contenidas en esta guía técnica son de aplicación por parte de todos los profesionales de salud del ámbito atención primaria, adscritos al área de salud que laboren en el consultorio de Bienestar Universitario.

Etiología: La ansiedad se puede entender como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico como el psicológico y conductual (3).

El código de diagnóstico de la CIE 10 para trastornos de ansiedad es:

F064	TRASTORNO DE ANSIEDAD, ORGANICO
------	---------------------------------

DEFINICIONES

Ansiedad: es un sentimiento normal ante determinadas situaciones; sólo cuando sobrepasa ciertos límites o la capacidad adaptativa del individuo, se convierte en patológica (2).

CONTENIDO DE LA GUÍA

NIVELES DE EVIDENCIA (1)

El análisis constante de la evidencia disponible desde la perspectiva de los diferentes escenarios clínicos, permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud; e indica la forma de valorar el conocimiento en función de etiología, daño, morbilidad y complicaciones; pronóstico, historia natural y curso clínico de una enfermedad o evento de interés. Estos han de actualizarse permanentemente en relación al avance del conocimiento, del desarrollo tecnológico y al estado del arte.

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a factor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

Tabla 1. Síntomas de Ansiedad: Físicos y Psicológicos (3)

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos y Conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad en la boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación y aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: Disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdidas de memoria.
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismos.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de negación de ciertas situaciones.
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones.

CLASIFICACIONES:

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- ♣ *DSM-IV-TR* (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- ♣ *CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La *DSM-IV-TR* enumera doce trastornos de ansiedad y en la *CIE-10* los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

Tabla 2. Clasificación de Trastornos de ansiedad según *DSM-IV-TR* y la *CIE-10*: equivalencias.

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastornos de ansiedad fóbicas
Fobia Social	Fobias sociales
Fobia Simple	Fobias Específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobias
	Otros Trastornos de Ansiedad
Trastornos de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastornos de angustia sin agorafobia	
Trastornos de ansiedad generalizada	Trastornos de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otros trastornos mixtos de ansiedad

DSM-IV-TR	CIE-10
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación.
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado.	Otros trastornos neuróticos

Fuente: Asociación de Psiquiatras Americanos, APA, CIE 10 OMS.

FACTORES DE RIESGO (4)

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Podemos encontrar factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno.

Desde el punto de vista **neurobiológico**, la ansiedad tiene sus bases en ciertas zonas del tallo cerebral, que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante.

Entre los **factores biológicos** encontramos los genéticos que son importantes en la predisposición de la ansiedad, se ha encontrado con mayor contundencia en el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social.

Los **factores Psicosociales** (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de la ansiedad y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone a trastornos de ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han especificados causas específicas de ello.

Entre los **factores traumáticos** encontramos acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

Los **factores Psicodinámicos** son la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos.

Y por último tenemos los **factores cognitivos y conductuales**; se consideran patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por sus estímulos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

PREVENCIÓN (4)

Dentro de los objetivos de la prevención de la ansiedad en atención primaria se describen:

- Identificar a los individuos de alto riesgo para la ansiedad e introducir estrategias para reducir ese riesgo;
- Detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos;
- Disminuir el riesgo de recaídas;
- Minimizar la discapacidad y minusvalía en los casos en que los síntomas son prolongados y severos.

DIAGNÓSTICO (4)

El reconocer los trastornos de ansiedad en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del profesional de la salud para dar una atención total e integral del paciente. El diagnóstico se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o

nerológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica según el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), muy importantes para estos pacientes que han sufrido durante años ansiedad, con un significativo impacto, sobre sus estilos de vida y adaptación. Lo primordial es descartar otras patologías que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ya sea por su fisiopatología como tal o debido a los tratamientos de las mismas. Se debe considerar inicialmente una crisis de ansiedad o agorafobia como de origen médico, puesto que en numerosas patologías se presentan los mismos síntomas. El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades producen síntomas ansiosos, agudos y crónicos.

TRATAMIENTO (4)

Los trastornos de ansiedad se manejan con medicación, psicoterapia o ambos. Antes de iniciar el tratamiento se debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias. Para el adecuado abordaje de los trastornos de ansiedad se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación.

Tratamiento combinado a corto plazo (12 semanas): El objetivo es disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad y anticipatoria y de las conductas evitables agorafóbicas. Las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas; así también como el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiacepinas (BZD). Se recomienda mantener el tratamiento doce semanas para valorar resultados. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) a corto plazo parece más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento farmacológico solo.

El tratamiento combinado a largo plazo (3-4 meses): el objetivo es mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaída. La terapia cognitivo-conductual parece obtener mayores reducciones en las caídas que otras intervenciones. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses) más efectivo que antidepresivos solos, pero igual de efectivo que la psicoterapia sola.

Tratamiento no farmacológico: Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del

cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento. El tratamiento medicamentoso se utilizará sólo en aquellos casos en que resulte impredecible.

Tratamiento farmacológico: El principal objetivo de estos tratamientos es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y por baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción.

BENZODIACEPINAS (BZD): Son los más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor GABA (ácido gamma aminobutírico) y facilita/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor. Estos fármacos son adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está en poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los eventos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligrosa, trastornos de memoria a corto plazo e incluso el desarrollo de depresión.

BUSPIRONA: como grupo los fármacos agonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT-1^a no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de la Buspirona. Se ha observado clínicamente que este fármaco es eficaz como las BZD en el tratamiento de la ansiedad, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de la Buspirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las BZD. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad.

HIDROXICINA: Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad.

ANTIDEPRESIVOS: Se utilizan como fármacos de primera elección en los trastornos de ansiedad. Se le debe recordar al paciente de los efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente.

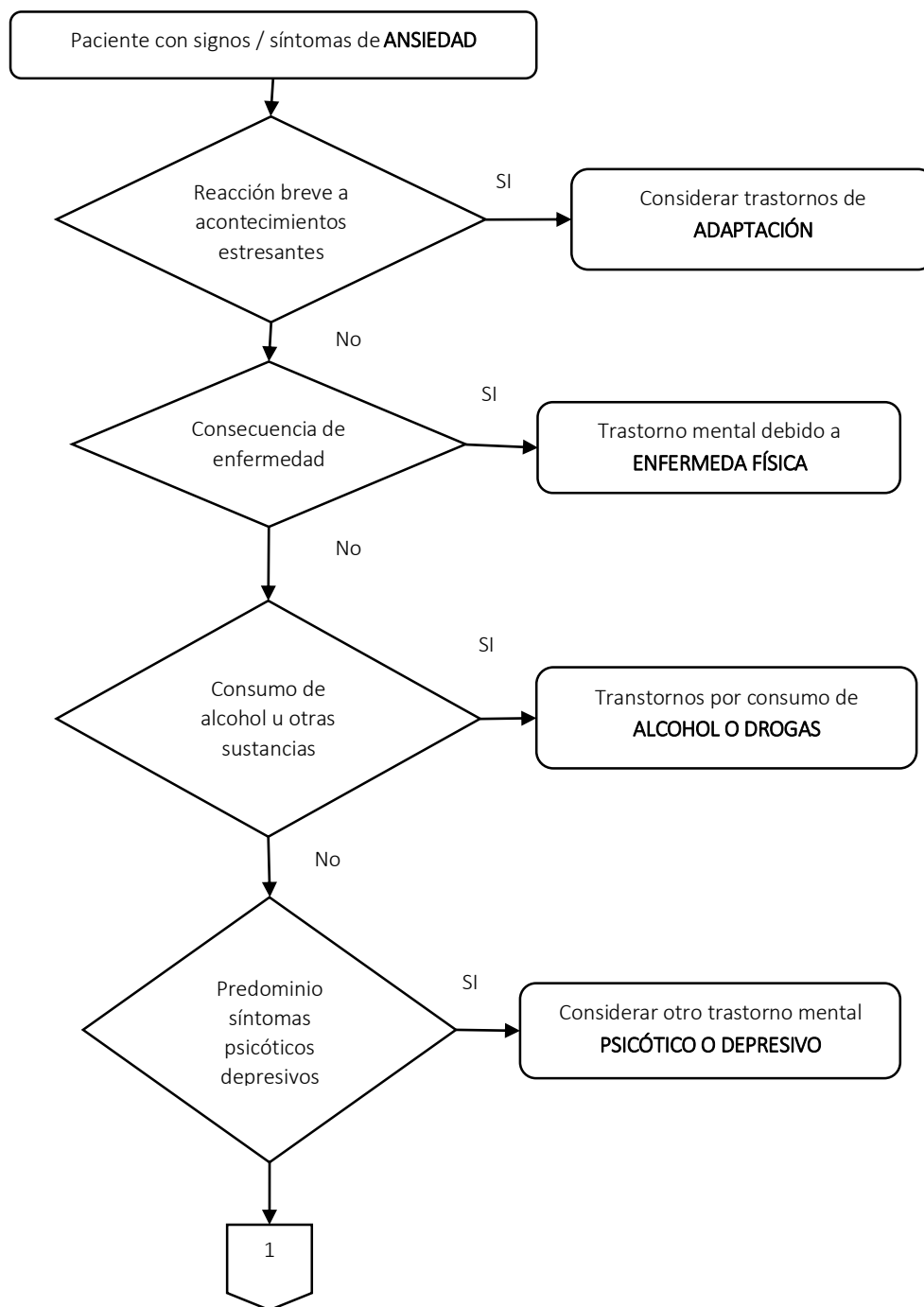
- a. Antidepresivos Tricíclicos (ATC): son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonista de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos.
- b. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras ocho (8) semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual, entre otros.
- c. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): la venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor, entre otros.

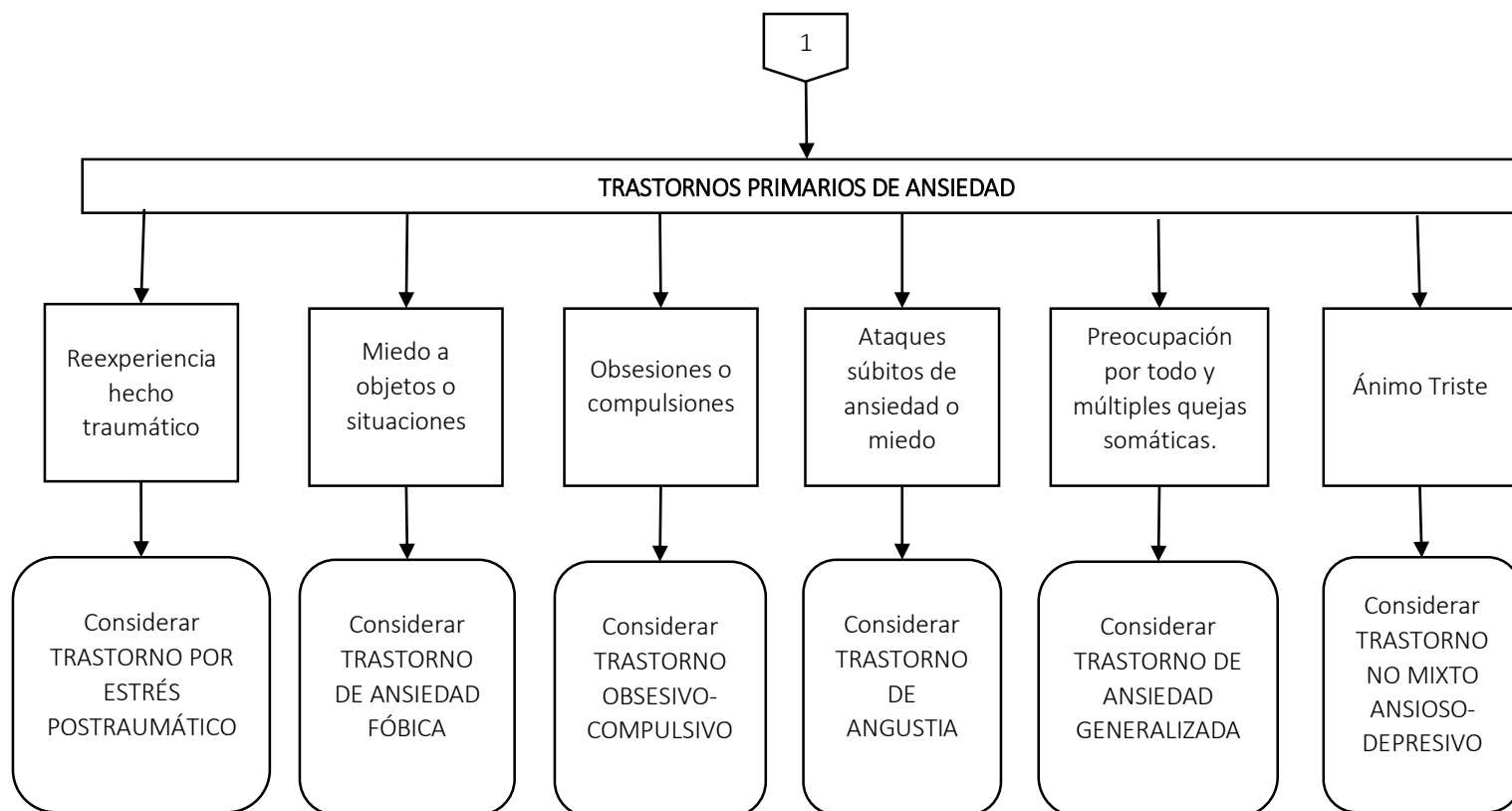
PRONÓSTICO (4)

Los trastornos de ansiedad cruzan crónicamente con períodos de remisión y exacerbación. Si los pacientes reciben un tratamiento adecuado los períodos críticos disminuyen. Sólo un tercio a la mitad de los pacientes presentan una forma crónica y persistente aun recibiendo tratamiento. Otro tercio mejora completamente.

Dentro de las complicaciones de los trastornos de ansiedad se encuentran el abuso de sustancias y automedicación, siendo la más temida el suicidio. Su morbilidad es importante y aumenta cuando hay comorbilidad con otras enfermedades ya sea médicas o psiquiátricas (depresión) y cuando no se realiza un diagnóstico ni tratamientos adecuados.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO: ORIENTACIÓN INICIAL





Fuente: Modificado de: Pascual Pascual P., Villena Ferrer A., Morena Rayo S., Téllez Lapeira J.M., *El paciente ansioso*. [Internet].Fisterra.com; 2005

NORMATIVIDAD EXTERNA

- Ley 1414 de 2010. Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.
- Ley 1448 de 2011. De víctimas y restitución de tierras.
- Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.
- Ley 1616 de 2013. de Salud Mental. Por medio de la cual se expide la ley de Salud ental y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1618 de 2013. por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Conferencia regional de Salud Mental- Consenso de Panamá.
- Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas 1990.
- Plan Nacional de Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas
- Plan Decenal de SALUD Pública 2012-2021

BIBLIOGRAFÍA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014 [cited 2021 Abril 14]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1.
2. MM. G. Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la atención de la ansiedad en Atención Primaria. Revista de medicina Familiar. SEMERGEN. 2008 Occtubre; 34(8): p. 407-410.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en la Atención Primaria. [Online].; 2006 [cited

2021 Julio 09. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Enter_compl.pdf.

4. Navas W VM. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centro América LXIX. 2012; 604: p. 497-507.

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

Elaboró <i>Cómite de calidad para los Servicios de Salud Unimagdalena</i> 4/11/2021	Revisó <i>Yineth Pérez Torres</i> <i>Responsable Mejora Continua</i> <i>Sistema de Gestión COGUL+</i> <i>Grupo de Gestión de la Calidad</i> 5/11/2021	Aprobó <i>Jesús Suescun Arregocés</i> <i>Director Bienestar Universitario</i> <i>responsable de Bienestar Universitario</i> 9/11/2021
--	---	--