

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

DR. MIGUEL ANGEL SASSANO

Servicio de Clínica Médica

Sección de medicina geriátrica

Hospital Italiano de Buenos Aires

ANSIEDAD PATOLOGICA

Se define como un malestar interior que se acompaña de:

- ▶ temor
- ▶ inquietud
- ▶ anticipación de daños imaginados
- ▶ intensificación de los fenómenos de la ansiedad normal (en especial síntomas físicos y autonómicos)
- ▶ con o sin relación con acontecimientos externos

SINTOMAS MULTIDEMENCIONALES DE LA ANSIEDAD

COGNITIVOS

Nerviosismo

Preocupación

Aprensión

Temor

Irritabilidad

Distracción

Pensamiento

acelerado

CONDUCTUALES

Hiperquinesia

Actos repetitivos

motores

Obstinación

Palabra acelerada

Respuesta de alarma

FISIOLOGICOS

Taquicardia

Palpitaciones

Dolor de pecho

Boca seca

Hiperventilación

Parestesias

Sudoración

Aumento frecuencia miccional

Aturdimiento

FORMAS CLINICAS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

DSM IV - CIE 10

Trastornos por pánico- con agorafobia
sin agorafobia

Agorafobia

Fobia social

Fobia específica simple

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Trastornos de ansiedad generalizada

Trastornos por estrés postraumático (TEPT)

Crisis de pánico

Trastorno mixto ansiedad-depresión

Trastornos de ansiedad no especificados

Trastornos de ansiedad por problemas médicos (orgánico)

Trastornos de ansiedad inducido por sustancias

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

General: 10%

Trastorno de ansiedad generalizada	4-8	%
Trastorno fóbico en general	2-12	%
Fobia social	2-10	%
Fobia simple	4-8	%
Agorafobia	1,5-5	%
Trastorno por pánico	1-2	%
Crisis de pánico	0,1-1	%
Trastorno obsesivo-compulsivo	1-2	%
Estrés postraumático	1-9	%

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Mayor prevalencia en pacientes con enf. médicas crónicas
- El manejo efectivo mejora la calidad de vida
- Exceso en los costos médicos por
 - 7 veces más consultas médicas
 - hospitalizaciones más frecuentes
 - estadías hospitalarias 20% más prolongadas para enfermedades médicas
 - mayor gasto en estudios por paciente
- Mayor tasa anual de mortalidad general

TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- Temores excesivos
- Ansiedad anticipatoria
- Expectativas aprensivas de acontecimientos adversos
- Tensión emocional
- Hipervigilancia

Ocurre la mayoría de los días durante un período prolongado.

Correlación física como parte del complejo sintomático

- ▶ tensión motora: temblor, tensión muscular, inquietud psicomotora, cansancio.
- ▶ hiperactividad autonómica: disnea, palpitaciones, parestesias, sudoración, manos frías, mareos, escalofríos, micción frecuente, dificultad deglutoria.
- ▶ aumento del tono interno: dificultad de concentración, insomnio, irritabilidad, sentirse al límite

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se pueden utilizar psicoterapia y/o medicación

Antidepresivos: venlafaxina 150-225 mg/día

paroxetina 20-40 mg/día

citalopram 20-40 mg/día

sertralina 50-200 mg/día

fluoxetina 20-40 mg/día

imipramina 150 mg/día

trazodone 250 mg/día

Buspirona: 10-60 mg/día

Benzodiazepinas: clonazepam 1-4 mg/día

diazepam 15-25 mg/día

alprazolam 1-4 mg/día

lorazepam 1-4mg/día

Hidroxicina: 50 mg/día

Propranolol: 60-240 mg/día

TRASTORNOS POR PANICO

- Crisis de angustia o temor, situacionales o espontáneas
- Síntomas físicos o emocionales
- Aparición abrupta y de duración breve
- Los síntomas agorafóbicos son muy frecuentes en los ancianos.
- Es poco frecuente la aparición tardía, pero en estos casos hay menor frecuencia de síntomas (más frecuentes disnea y sensación de ahogo) durante la crisis y menor evitación.

En general comienza precozmente y cursa en forma crónica con mejoría y recaídas.

- En los de inicio tardío hay asociación con enf. físicas en especial cardiovascular, EPOC, vértigo, Parkinson y enf. digestivas.
- En los de inicio precoz hay mayor riesgo de padecer trastornos depresivos secundarios y correlación con ideación suicida.

SINTOMAS DE LA CRISIS DE PANICO

FISICOS *Disnea *Palpitaciones *Dolor precordial *Mareos
*Vértigo *Inestabilidad *Parestesias *Sudoración
*Temblor

PSIQUICOS *Miedo a caerse *Miedo a morir
*Miedo a enloquecer *Miedo a perder el control
*Despersonalización *desrealización

ADICIONALES *Dolor muscular *Urgencia urinaria
*Urgencia defecatoria o diarrea
*Visión borrosa *Nauseas o vómitos
*Acúfenos

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR PANICO

Pilares: * Prevención de futuros ataques

* Disminuir la ansiedad anticipatoria

Benzodiazepinas: alprazolam -comienzo 0,75-1,5 mg/día, respuesta 1,5-6 mg/día

clonazepam -comienzo 0,5-1,5 mg/día, respuesta 1-4 mg/día

lorazepam -comienzo 1-2 mg/día, respuesta 2-6 mg/día

diazepam -comienzo 5-10 mg/día, respuesta 10-60 mg/día

Antidepresivos: paroxetina -comienzo 10 mg/día, respuesta 40 mg/día

fluoxetina -comienzo 10 mg/día, respuesta 20 mg/día

fluvoxamina -comienzo 75 mg/día, respuesta 150 mg/día

IRSS citalopram -comienzo 10 mg/día, respuesta 20 mg/día

escitalopram -comienzo 5 mg/día, respuesta 10 mg/día

sertralina -comienzo 25 mg/día, respuesta 50-150 mg/día

TRICICLICOS imipramina -comienzo 75 mg/día, respuesta 150-200 mg/día

nortriptilina -comienzo 25 mg/día, respuesta 50-150 mg/día

desimipramina -comienzo 75 mg/día, respuesta 150-200 mg/día

Otros: propranolol 180 mg/día; inositol 6000 mg/día

FOBIAS

Temor persistente e irracional hacia un objeto, actividad o situación que lleva a la evitación del mismo.

Las fobias simples y las sociales se producen en edades tempranas. Las fobias sociales son poco prevalentes en ancianos y se asocian a dificultades físicas (prótesis, temblores, etc.).

Las agorafobias de inicio tardío en los ancianos son más frecuentes y generalmente ligados al desarrollo de enfermedades físicas o acontecimientos como caídas.

TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS

Agorafobia: terapia cognitivo conductual o programas conductuales de exposición graduada.

Fobias simples: psicoterapia y en situaciones especiales BZD.

Fobia social: IRSS – sertralina 50-150 mg/día

paroxetina 20-40 mg/día

fluvoxamina 150-200 mg/día

Venlafaxina 150-225 mg/día

BZD – clonazepam 2-3 mg/día

Gabapentina 2400-2800 mg/día

Propranolol 20-60 mg/día en caso de síntomas autonómicos importantes

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes que se repiten y son experimentadas como intrusivas generando malestar significativo al paciente.

Las compulsiones son comportamientos ritualísticos o actos mentales que se ejecutan sin que puedan evitarse.

Se producen en edades tempranas y son muy poco frecuentes los comienzos tardíos.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Psicoterapia conductual, psicoterapia cognitiva.

IRSS: fluoxetina 20-60 mg/día

paroxetina 40-60 mg /día

sertralina 50-200 mg/día

citalopram 20-40 mg/día

escitalopram 5-20 mg/día

fluvoxamina 100-300 mg/día

Tricíclicos: clomipramina 150-300 mg/día

Antipsicóticos: haloperidol 5 mg, risperidona 1-3 mg/día en caso
de tics severos

TRASTORNOS POR ESTRES POSTRAUMATICO

Se producen por la exposición a traumas muy importantes.

Se reexperimentan a través de sueños, flashes o recuerdos dolorosos.

Tienden a evitarse los estímulos asociados con el trauma.

Los síntomas tienden a ser crónicos aunque disminuyen con el tiempo.

Frente a situaciones catastróficas (terremotos, huracanes, etc.) la incidencia es igual en cualquier grupo etario. Los síntomas tienden a disminuir con el tiempo llegando algunos a presentarlos hasta 2 años posteriores al evento.

TRATAMIENTO DEL ESTRES POSTRAUMATICO

Psicoterapia conductual y psicoterapia cognitiva.

IRSS: fluoxetina 60 mg/día

paroxetina 20-50 mg/día

sertralina 50-200 mg/día

citalopram 20-40 mg/día

venlafaxina 75-225 mg/día

Tricíclicos: imipramina 150-200 mg/día

Ciproheptadina: 4-12 mg/día en caso de pesadillas

Prazosin: comenzando con 1 mg/día hasta 10 mg/día

ANSIEDAD Y ENFERMEDADES MEDICAS

CARDIOVASCULARES: palpitaciones, disnea, dolor de pecho, escalofríos, hormigueos en brazos, simulan IAM o angor.

De los que tienen recurrencia sintomática sin enfermedad
30 – 50% tienen trastornos de ansiedad.

PULMONARES: TEP (en pacientes postrados)

EPOC 40% tienen síntomas de ansiedad

ENDOCRINAS: hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, DBT, hipoglucemias, Cushing.

NEUROLOGICAS: Enf. Parkinson, demencia, ACV, depresión.

ALIMENTARIAS: cafeína (con sólo 200 mg.)

ANSIEDAD Y CONSUMO DE DROGAS

DROGAS: efedrina, pseudoefedrina, anfetaminas, teofilina, isoproterenol, broncodilatadores, neurolépticos, bloqueantes cálcicos (nifedipina, diltiazem, verapamilo).

ABSTINENCIA: benzodiacepinas, alcohol.

COMORBILIDADES PSIQUICAS EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

INSOMNIO: en el trastorno de ansiedad generalizada (dificultad de conciliación).

en el TOC (rituales).

en el pánico (por aparición nocturna).

en el TEPT (por los sueños).

DEMENCIA: 35% presentan síntomas de ansiedad en estadios precoces por percepción de déficits.

en estadios medios como dificultad de modulación de la respuesta ante circunstancias adversas.

ALCOHOLISMO: prevalencia del 0,5% de trastornos de ansiedad

COMORBILIDADES PSIQUICAS

Depresión: 50% de trast. por ansiedad tienen síntomas depresivos.

En depresivos 80% tienen síntomas de ansiedad.

Síntomas espectro ansioso

tensión
nerviosismo
temblor
síntomas autonómicos
empeoramiento en
forma de crisis

Síntomas espectro depresivo

anhedonia
pérdida de interés
llanto
pérdida de peso
desesperanza
sent. de soledad
aislamiento
ideas suicidas
lentitud psicomotora

Síntomas comunes

alt. del sueño
alt. del apetito
alt. gastrointestinal
irritabilidad
falta de energía
fatigabilidad
alt. concentración
sint. inespecíficos
cardiorrespiratorios

DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION CON ANSIEDAD COMORBIDA

	Depresión con ansiedad	Ansiedad sola
Inicio de los síntomas de ansiedad	tardío	precoz
Empeoramiento de los síntomas	por la mañana	por la noche
Patrón de sueño	despertar temprano	alt.conciliación
Sentimientos	desesperanza	indefensión
Ansiedad	acerca del pasado	acerca del futuro
Riesgo de suicidio	alto	bajo
Gravedad de los síntomas	importante	en general no incapacitante

EVALUACION DE LA ANSIEDAD

Evaluación clínica - antecedentes: ▶trastornos de ansiedad previo

▶medicación

▶historia familiar

▶alcoholismo

▶enfermedades médicas

- examen físico ▶taquicardia

▶taquipnea

▶sudoración profusa

▶temblores

Laboratorio: hemograma, vit B 12, ácido fólico, TSH, glucemia, EAB, ionograma, Ca, ECG.

ESCALA BAI (BECK ANXIETY INVENTORY)

1 2 3

- 1) ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEOS
- 2) CALOR (SENSACION DE)
- 3) TEMBLOR DE PIERNAS
- 4) INCAPACIDAD DE RELAJACION
- 5) TEMOR DE QUE ALGO MALO SUCEDA
- 6) MAREOS
- 7) PALPITACIONES
- 8) INESTABILIDAD
- 9) TERROR
- 10) NERVIOSISMO
- 11) SENTIMIENTO DE AHOGO
- 12) TEMBLOR DE MANOS
- 13) TEMBLORES DE CUERPO
- 14) TEMOR A PERDER EL CONTROL
- 15) DIFICULTAD RESPIRATORIA
- 16) TEMOR A LA MUERTE
- 17) SENTIRSE ASUSTADO O TEMOROSO
- 18) MALA DIGESTION
- 19) DEBILIDAD
- 20) RUBOR FACIAL
- 21) SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR)

≥ 21 ANSIEDAD

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANSIEDAD

BENZODIACEPINAS (BZD)

Son los ansiolíticos más frecuentemente utilizados.

Es el segundo grupo de drogas consumidas .

Recordar los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos en los ancianos por lo que deben prescribirse BZD de vida media corta, que se metabolicen por conjugación hepática directa, que sean menos lipofílicas y las que no tengan metabolitos activos.

USO RACIONAL DE BZD EN ANSIEDAD

El Comité de Seguridad de Medicamentos del Reino Unido recomienda la utilización de BZD por un período corto de tiempo de 2- 4 semanas sólo en casos de ansiedad severa, discapacitante o que genera estrés inaceptable.

USO DE BENZODIAZEPINAS (BZD) EN EL MUNDO (ambulatorio)

Francia 25%

Italia 19%

Canada 24% *

Argentina 18%

Reino Unido 22%

En relación a la edad * 20% entre 65 - 69 años

30% > 84 años

En relación al sexo: mujeres 2- 2.5 hombres 1

USO DE BZD EN EL MUNDO (institucionalizados)

Internación hospitalaria 36% (Australia)

Geriátricos	EEUU	24%
	Canada	23%
	Noruega	22%

¿QUIENES Y POR CUANTO TIEMPO PRESCRIBEN BZD?

Los médicos de cabeceras: Dinamarca 90%

Francia 86%

Alemania 78%

Argentina 74%

Uso crónico (> de 1 año): Francia 77%

Italia 73%

Suecia 65%

España 50%

Autoprescripción: Argentina 3,5%

¿POR QUE SE PRESCRIBEN BZD?

Alemania: 40	ansiedad	España: 45	ansiedad
(%)	23	(%)	24
	insomnio		insomnio
	10		10
	depresión		depresión

Característica de la prescripción

Reino Unido: apropiada 35% -inapropiada 65%

EEUU: apropiada 50% -inapropiada 50%

Australia: apropiada 20% -inapropiada 80% (inter-nación hospitalaria)

BZD UTILIZADAS COMO ANSIOLITICOS

	Vida media	Metab.	Act.D.	adult.D.	gerontes
Alprazolam	12-15hs	sí		0,5 - 2,5	0,25 - 1
Clordiazepóxido	7-28	sí		25 - 100	5 - 50
Clonazepam	18-56	sí		1 - 8	0,5 - 4
Clorazepato	30-200	sí		15 - 60	7,5 - 30
Diazepam	20-70	sí		5 - 30	2 - 15
Oxazepam	5 - 15	no		15 - 90	10 - 45
Lorazepam	10-20	no		1 - 6	0,5 - 3
Prazepam	25-200	sí		20 - 60	10 - 20

D: dosis

BZD EN ANSIEDAD: COMO, CUANDO Y CUANTO

- En situaciones de estrés predecibles (viajes) utilizar dosis única.
- En situaciones de estrés postcatástrofes utilizar por corto período de tiempo (1 a 7 días).
- En ansiedad generalizada curso de 2 a 4 semanas y disminución progresiva de 1 a 2 semanas, restituyendo el tratamiento si hay recurrencia.
- En crisis de pánico usar altas dosis corto tiempo (2 a 4 semanas) con disminución progresiva de 1 a 2 semanas.

COMPLICACIONES POTENCIALES DEL USO CRONICO DE BZD

- Somnolencia diurna excesiva
- Reacciones paradójales
- Alteraciones cognitivas
- Confusión
- Síndromes amnésicos
- Alteraciones Psicomotoras
- Riesgo de caídas, fracturas
- Alteraciones respiratorias

COMPLICACIONES POTENCIALES DEL USO CRONICO DE BZD

- Depresión
- Abuso y dependencia
- Intoxicación aún con dosis terapéuticas
- Abstinencia con la suspensión
- Síndrome pseudodemencial
- Tolerancia
- Rebote del insomnio o ansiedad con la suspensión

DEPENDENCIA

Los síntomas aparecen con la suspensión de las BZD utilizadas como ansiolíticos por más de 4 semanas en 35% de los pacientes.

- * Síntomas recurrentes (reaparición y persistencia de los síntomas de ansiedad)
- * Rebote de síntomas de ansiedad (síntomas recurrentes de mayor magnitud que al inicio)
- * Síndrome de abstinencia (en general luego de 8 a 12 meses de consumo diario)

SINTOMAS DE SUSPENSION DE BZD

Frecuentes

Ansiedad

Insomnio

Agitación

Irritabilidad

Tensión muscular

Inquietud

Comunes

Aumento de los sentidos

Dolores y molestias

Visión borrosa

Sind. gripal

Depresión

Hiperreflexia

Ataxia

Hiperactiv. Autonom.

Pesadillas

Infrecuentes

Delirium

Despersonalización

Tinnitus persistente

Irrealidad

Delusiones paranoides

Alucinaciones

Psicosis

Convulsiones

MANEJO Y PRONOSTICO DE LA DEPENDENCIA BZD

En general la respuesta es pobre luego de los intentos terapéuticos de suspender las BZD.

FACTORES DE RIESGO PARA RECAIDAS

Intento aislado de suspensión

Personalidad patológica

Dependencia de agentes con vida media corta

Altas dosis de BZD

Alto consumo de cafeína

Persistencia de síntomas psiquiátricos

MANEJO DE LA DEPENDENCIA BZD

Las BDZ de vida media corta cambiarlas por las de vida media larga

Tratamiento no menor a 4 semanas con tiempo que va de 2 a 4 meses con disminución lenta de la dosis

Utilizar antidepresivos en pánico

Las técnicas alternativas para reducir ansiedad no mostraron mejor respuesta que el consejo médico

Las terapias psicológicas y grupales de autoayuda son útiles

EFECTOS ADVERSOS

- Sedación diurna
- Ataxias
- Alteraciones cognitivas
 - Los ancianos pueden experimentar: alteración sustancial en la atención, memoria, despertar y habilidades psicomotoras.
 - Los ancianos tienen mayor incidencia en relación a los jóvenes, de deterioro en la performance diurna luego de varias noches de uso de BZD aún con las de vida media corta y los hipnóticos.
 - Mayor incidencia de caídas y fracturas.
 - Alteran las respuestas en el manejo.
 - Generan cuadros de pseudodemencia.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Drogas	Efectos Adversos
BZD- Depresores SNC	↑ de la sedación, confusión, amnesia y alt. psicomotoras
BZD- Opioides	↑ de la depresión respiratoria
BZD- Cimetidina	↑ de los niveles de BZD
BZD- Anticonvulsivos, corticoides	↓ de los niveles de BZD

ALTERNATIVAS PARA LAS BZD

AZAPIRONAS → BUSPIRONA: no altera la cognición ni la función psicomotora

USO: ansiolítico

EA: náuseas, vómitos, sedación, cefaleas, vértigo

Dosis: 15 a 60 mg.

ANTIHIISTAMINICOS → DIFENHIDRAMINA

HIDROXICINA: alteran la cognición por efectos anticolinérgicos y desarrollan rápida tolerancia

USO: ansiolítico e insomnio

GABAPENTINA
PROPRANOLOL

ANTIDEPRESIVOS

Están indicados fundamentalmente en:

- * pánico con o sin agorafobia
- * TOC
- * Trastorno por estrés postraumático

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) si bien son efectivos y conocidos tienen efectos adversos poco deseables en ancianos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) serían los más indicados.

Actualmente los atípicos se están utilizando con muy buena respuesta.

ANTIDEPRESIVOS

TRICICLICOS: - desimipramina
- clomipramina
- imipramina

ISRS - sertralina
- citalopram
- paroxetina
- fluvoxamina (el más sedante)
- fluoxetina

ATIPIICOS - nefazodona
- trazodona
- venlafaxina
- mirtazapina

ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

<u>TRASTORNO</u>	<u>1º LINEA DE TRAT.</u>	<u>2º LINEA DE TRAT.</u>
Pánico con o sin agorafobia	ISRS y/o psicoterapia	ATC o Atípicos o IMAO
Ansiedad generalizada	BZD, buspirona y/o psicoterapia	ISRS o nefazodona
TOC	ISRS y psicoterapia	clomipramina
Fobia social generalizada	ISRS, IMAO y psicoterapia	BZD
específica	B bloq. y psicoterapia	buspirona
Fobia simple	psicoterapia o BZD	B bloq.
TEPT	ISRS o nefazodona	psicoterapia
Trastorno mixto ansiedad-depresión	ISRS o nefazodona	psicoterapia

ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD ASOCIADA A DESORDENES NEUROLOGICOS

<u>ENFERMEDAD</u>	<u>MANIFEST. DE ANSIEDAD</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
Parkinson	Trastorno mixto ansiedad-depresión	ISRS, buspirona, nefazodona
Demencia	Agitación	neurolépticos atípicos risperidona olanzapina, quetiapina
	Trastorno mixto ansiedad-depresión	ISRS
ACV	Trast.mixto ansied.-depresión	ISRS
	TEPT	ISRS, nefazodona

GRACIAS
POR SU
ATENCIÓN

Dr. MiguelAngel Sassano