

Ansiedad: manejo en Urgencias

**Curso Urgencias Psiquiátricas
Parc Sanitari Sant Joan de Déu**

Blanca del Hoyo Buxó. MIR IV

Índice

1. Ansiedad, estrés y miedo
2. Manifestaciones de la ansiedad
3. Clasificación de los trastornos de ansiedad
4. Diagnóstico diferencial
5. Abordaje en Urgencias
6. Tratamiento
7. Bibliografía

1. Ansiedad, estrés y miedo



1.1. Son nocivos la ansiedad y el estrés? Sí y no

- **Miedo:** estado neurofisiológico automático, primitivo, de alarma, que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo.
- **Estrés** (eustrés o estrés positivo): reacción adaptativa a las circunstancias y demandas del medio con el cual se está interactuando; es decir, es un motor para la acción e impulsa a responder a los requerimientos y exigencias del entorno.
- **Distrés** (estrés negativo): ocurre cuando lo que nos rodea impone respuestas para las cuales la persona no se encuentra capacitada o no posee las habilidades para enfrentar la situación → se convierte en un riesgo para la salud.

1.2. Qué entendemos por ansiedad?

- *La ansiedad es la mente yendo más rápido que la vida.*
- *Condición universal y generalizada a todas las personas, que hunde sus raíces en una emoción tan básica y primaria como es el miedo.*
- Es un **sistema complejo** de respuesta **conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva**, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas (imprevisibles, incontrolables, amenazadoras).
- **Todo el mundo experimenta ansiedad**: aprehensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos (constelación de síntomas varía entre individuos).
- En general, ayuda a enfrentar situaciones de la vida cotidiana. → **Ansiedad adaptativa**
- **Ansiedad patológica**: Esta emoción normalmente útil puede producir lo contrario si se convierte en trastorno, evita que nos podamos enfrentar a una situación determinada y altera de forma global la vida cotidiana de la persona

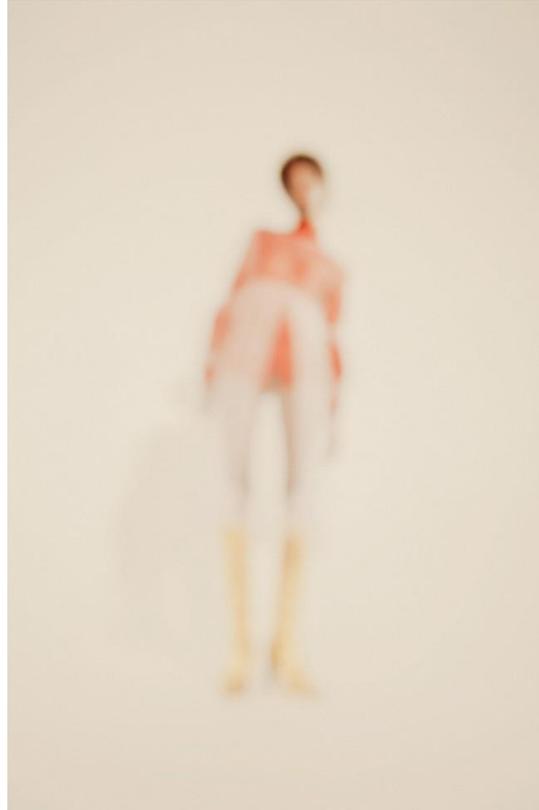
1.3. Ansiedad adaptativa vs ansiedad patológica: Interrogantes que marcan la diferencia

- Se basa el miedo o la ansiedad en una **asunción falsa** o en un **razonamiento erróneo relativo al potencial de amenaza** o peligro de una determinada situación?
- **Interfiere** el miedo o la ansiedad sobre la **capacidad de la persona para afrontar las circunstancias adversas** o difíciles?
- Está presente la ansiedad durante un **periodo prolongado** de tiempo?
- Experimenta la persona **falsas alarmas** o **crisis de angustia**?
- **Se activan** el miedo o la ansiedad ante una **gama relativamente amplia de situaciones** que presentan un **potencial leve** de amenaza?

1.4. Los trastornos de ansiedad: datos generales

- Son relacionados frecuentemente con la **estructura biológica y las experiencias en la vida** del individuo.
- **Incidencia familiar** no desestimable.
- Existen **diferentes tipos de trastornos de ansiedad**, cada uno con sus **características propias**.
- **Papel importante en Urgencias de Psiquiatría** por la frecuencia con la que se presentan y por la trascendencia de las enfermedades somáticas que pueden subyacer a un cuadro de ansiedad..
- Población general: **11,8 %** presentan algún trastorno de ansiedad a lo largo de 1 año y otro **11%** refieren manifestaciones de ansiedad asociadas a enfermedades físicas.
- Estudio clínico sobre urgencias psiquiátricas hospitalarias: **15,6%** los pacientes acudieron por síntomas de ansiedad y el **25,8%** fueron diagnosticados de algún tr de ansiedad (CIE-10).

2. Manifestaciones de la ansiedad



2.1. Manifestaciones de la ansiedad

- **Síntomas autonómicos:** palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca, etc.
- **Síntomas relacionados con el tórax y abdomen:** disnea, sensación de ahogo, dolor precordial, náuseas o malestar abdominal.
- **Síntomas relacionados con el estado mental:** sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, sensaciones de desrealización y/o despersonalización, miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento, sensación de muerte inminente, etc
- **Síntomas generales:** sofocos o escalofríos, aturdimiento o sensaciones de hormigueo
- **Síntomas psicológicos o cognoscitivos:** la conciencia de las sensaciones fisiológicas (palpitaciones y sudores) y la
- <https://www.youtube.com/watch?v=YxpwuMpBD0U>
- <https://www.catorze.cat/noticia/12183/deu/anys/amb/ansietat>

2.2. Crisis de pánico

Aparición súbita de **miedo intenso o de malestar intenso** que alcanza su **máxima expresión en minutos** y durante este tiempo se producen **síntomas como**: palpitaciones, golpeteo del corazón, aceleración de la FC sudoración, temblor, sacudidas, sensación de dificultad para respirar o asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control o a volverse “loco”, miedo a morir.

3. Clasificación de los trastornos de ansiedad



3.1. Trastornos de ansiedad (DSM 5)

- **Ansiedad por separación:** miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo de la persona concerniente a su **separación** de aquellas **personas por las que siente apego**.
- **Mutismo selectivo:** **Fracaso constante para hablar en situaciones específicas** en las que existe expectativa por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- **Fobia específica:** Miedo o ansiedad intensa por un **objeto o situación específica** (por ejemplo, volar, las alturas, animales, admin inyección, ver sangre...).
- **Ansiedad social (fobia social):** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta al **posible examen por parte de otras personas** (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla).
- **Tr. Pánico:** **ataques de pánico imprevistos y recurrentes** + inquietud o **preocupación continua** acerca de otros ataques o de sus consecuencias; **cambio significativo o mala adaptación** en el comportamiento relacionado con ataques (**conductas evitativas**).

3.1. Trastornos de ansiedad (DSM 5)

- **Agorafobia:** Miedo o ansiedad intensa acerca de situaciones como el uso de **transporte público**, estar en **espacios abiertos**, estar en **sitios cerrados** (teatros, cines), hacer cola o estar en medio de una **multitud**, estar **fuera de casa solo**.
- **Ansiedad generalizada:** ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) en relación con **diversos sucesos o actividades** (como en la actividad escolar o laboral).
- **Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos**
- **Ansiedad debido a otra afectación médica**
- **Otros trastorno de ansiedad no especificado:** predominan los síntomas característicos de un tr. de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los tr. ansiedad.

4. Diagnóstico diferencial



4.1. Diagnóstico diferencial ansiedad

- A la hora de abordar a un paciente con ansiedad, es muy importante saber qué tipo de ansiedad presenta:
 1. Síntomas de **trastornos físicos** que pueden llegar a producir crisis de ansiedad
 2. **Abuso de drogas** (principalmente de estimulantes o alucinógenos), o **abstinencia** (alcohol o hipnoticosedantes).
 3. Miedo o angustia como **reacción psicológica** a cualquier malestar o tratamiento doloroso.
 4. **Trastornos de ansiedad específicos**

4.1. Diagnóstico diferencial ansiedad

- **Enfermedades cardiovasculares:** anemia, angina, hipertensión arterial, ICC, hiperreactividad b-adrenérgica, prolapso válvula mitral, infarto miocardio, arritmias (taquicardia auricular paradójica).
- **Enfermedades pulmonares:** asma, hiperventilación, embolia pulmonar, **insuficiencia respiratoria, hipoxia.**
- **Enfermedades neurológicas:** enfermedad cerebrovascular, epilepsia, corea de Huntington, infección, enfermedad de Meniere, migraña, esclerosis múltiples, neoplasias intracraneales, enfermedad de Wilson.
- **Enfermedades endocrinas:** enfermedad de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes mellitus, **hipertiroidismo**, hipoglucemia, hipoparatiroidismo, trastornos menopáusicos, feocromocitoma, síndrome premenstrual.
- **Intoxicaciones por fármacos y sustancias:** anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, marihuana, nicotina.
- **Abstinencia de fármacos y sustancias:** alcohol, opiáceos, hipnótico-sedantes, agentes vasopresores, agentes simpaticomiméticos.
- **Otras enfermedades:** anafilaxia, déficit vit. B12, pelagra, trastornos electrolíticos, intoxicaciones por metales pesados, infecciones sistémicas, lupus eritematoso sistémico, arteritis de la temporal, uremia, encefalopatía hepática.

5. Abordaje en Urgencias



5.1. Abordaje en Urgencias

- **Descartar presencia de patología orgánica** que justifique el cuadro de ansiedad: numerosas enfermedades potencialmente graves se manifiestan como crisis de ansiedad → **ECG + analítica (función tiroidea)**.
- **Identificar alguno de los trastornos específicos de ansiedad:** mediante una adecuada historia clínica y EPP puede establecerse un diagnóstico probable que facilitará la actitud terapéutica que debe seguirse. Recordar que otros trastornos psiquiátricos (depresión, EZ) también pueden presentar ansiedad.
- **Pautar un tratamiento adecuado y derivar al especialista correspondiente:** es necesario tratar el episodio agudo, así como pautar un tratamiento de mantenimiento hasta que sea valorado por el especialista de zona.

6. Tratamiento



6.1. Tratamiento

- Intervención en Urgencias (crisis ansiedad): **Benzodiacepinas** (max 2-4 semanas).
- Tratamiento a largo plazo: **ISRS** (1a línea)

Fármaco	Vida media	Dosis equivalentes	Inicio acción Pico plasmático máx.	Potencia	Otros Usos
Midazolam	Corta (1-5h)	10-15 mg	Rápido (0,7h)	Alta	Hipnótico (IM o IV)
Triazolam	Corta (3-5h)	4 mg	Rápido (0,25h)		Hipnótico
Alprazolam	Intermedia (12-15h)	1 mg	Intermedio (1,5h)	Alta	Ansiofítico Crisis pánico
Lorazepam	Intermedia (9-22h)	1-2 mg	Intermedio (1,5h)	Alta	Ansiofítico
Lormetazepam	Intermedia (9-15h)	1-2 mg	Rápido (1h)		Hipnótico
Bromazepam	Intermedia (10-20h)	4 mg	Lento (1-3h)	Intermedia	Ansiofítico
Diazepam	Larga (20-100 h)	10 mg	Rápido (1h)	Baja	Anticonvulsivante, miorrelajante, depr OH (IV, IM)
Clonazepam	Larga (20-40h)	1 mg	Intermedio (3h)		Anticonvulsivante
Clorazepato	Larga (30-100h)	15 mg	Rápido (1,3h)		Depriv OH (IV o IM))

Table 4.23 Characteristics and management of anxiety spectrum disorders

	Generalised anxiety disorder (GAD) ^{3-10,25-34}	Panic disorder ^{5,10,12,14,15,17,19,55-59}	Post-traumatic stress disorder (PTSD) ^{10,20,22,60-73}	Obsessive compulsive disorder (OCD) ^{10,23,74-87}	Social phobia ^{10,26,27,88-97}
Clinical presentation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Irrational worries ■ Motor tension ■ Hypervigilance ■ Somatic symptoms (e.g. hyperventilation, tachycardia and sweating) ■ GAD is often co-morbid with major depression, panic disorder or OCD 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sudden unpredictable episodes of severe anxiety usually 30–45 minutes in duration ■ Shortness of breath ■ Fear of suffocation/dying ■ Urgent desire to flee 	<ul style="list-style-type: none"> ■ History of a traumatic life event (as perceived by the sufferer) ■ Emotional numbness or detachment ■ Intrusive flashbacks or vivid dreams ■ Disabling fear of re-exposure, causing avoidance of perceived similar situations 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obsessional thinking (e.g. constantly thinking the door has been left unlocked) ■ Compulsive behaviour (e.g. constantly going back to check) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Extreme fear of social situations (e.g. eating in public or public speaking) ■ Fear of humiliation or embarrassment ■ Avoidant behaviour (e.g. never eating in restaurants) ■ Anxious anticipation (e.g. feeling sick on entering a restaurant)
Twelve-month prevalence ¹⁰	1.7–3.4%	1.8%	1.1–2.9%	0.7%	2.3%
Emergency management	Benzodiazepines (normally for short-term use only: max. 2–4 weeks) although some are of the opinion that risks are overstated ⁹⁸	Benzodiazepines (have a rapid effect, although panic symptoms return quickly if the drug is withdrawn) NICE does <i>not</i> recommend benzodiazepines	Not usually appropriate	Not usually appropriate	Benzodiazepines (have a rapid effect and may be useful on a prn basis)
First-line drug treatment	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSRIs (although may initially exacerbate symptoms. A lower starting dose is often required; fluoxetine and sertraline are preferred options) ■ Mirtazapine ■ Venlafaxine ■ Duloxetine ■ Pregabalin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSRIs (therapeutic effect can be delayed and patients can experience an initial exacerbation of panic symptoms) 	SSRIs	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSRIs ■ Clomipramine 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSRIs ■ Pregabalin ■ Gabapentin
Treatment of anxiety may prevent the subsequent development of depression ⁹					

Table 4.23 (Continued)

	Generalised anxiety disorder (GAD) ^{5,10,13,33-34}	Panic disorder ^{5,10,12,14,15,17,18,35-39}	Post-traumatic stress disorder (PTSD) ^{10,16,22,40-73}	Obsessive compulsive disorder (OCD) ^{10,25,74-87}	Social phobia ^{16,26,27,88-97}
Other treatments (less well tolerated, unlicensed or weaker evidence base)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agomelatine ■ Buspirone (has a delayed onset of action) ■ Hydroxyzine ■ Quetiapine (as monotherapy; probably not effective as augmentation in treatment resistance⁹⁸) ■ β-blockers (useful for somatic symptoms, particularly tachycardia) ■ Some TCAs (e.g. imipramine, clomipramine) ■ MAOIs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ MAOIs ■ Mirtazapine ■ Some TCAs (e.g. imipramine, clomipramine) ■ Valproate ■ Venlafaxine 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antipsychotics (as augmentation) ■ Mirtazapine ■ MAOIs ■ Serotonergic TCAs ■ Venlafaxine ■ Duloxetine ■ Prazosin (as augmentation) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antipsychotics as antidepressant augmentation; effect most marked when added to low-dose SSRIs ■ Clonazepam (benzodiazepines in general are mainly useful in reducing associated anxiety; only careful short-term use supported by NICE) ■ Citalopram augmentation of clomipramine ■ Mirtazapine augmentation of SSRI (supported by NICE) ■ Lamotrigine or topiramate augmentation of an SSRI (supported by the BAP⁹⁹) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Benzodiazepine augmentation of SSRI (modestly more effective than switching from an SSRI to venlafaxine) ■ Clonazepam (as augmentation) ■ Moclobemide ■ Olanzapine ■ Phenzelazine ■ Propranolol (performance anxiety only) ■ Venlafaxine ■ Valproate
More experimental	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tiagabine ■ Vortioxetine (one positive and two negative studies) ■ Riluzole 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gabapentin ■ Inositol ■ Pindolol (as augmentation) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Carbamazepine ■ Clonidine ■ Lamotrigine ■ Phenytoin ■ Tiagabine ■ Valproate ■ IV ketamine 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Duloxetine/venlafaxine (not recommended by NICE) ■ Buspirone ■ Clomipramine (IV pulse loading) ■ Anti-androgen treatment ■ Granisetron augmentation of an SSRI ■ Memantine ■ IV ketamine ■ N-acetylcysteine 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Levetiracetam
Non-drug treatments (See www.doh.org.uk (combined and NICE ¹))	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reassurance ■ Anxiety management, including relaxation training drug and exposure therapy ■ CBT ■ Exercise 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CBT ■ Anxiety management, including relaxation, training ■ Combined drug and psychological therapy not consistently better than pharmacological treatment alone 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Debriefing should be available if desired ■ Counselling ■ Anxiety management ■ CBT, especially for avoidance behaviours or intrusive images ■ EMDR 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exposure therapy ■ Behavioural therapy ■ CBT ■ Combined drug and psychological therapy may be the most effective option ■ Surgery 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CBT ■ Exposure therapy (combined drug and exposure therapy may be more effective)

BAP, British Association for Psychopharmacology; CBT, cognitive behavioural therapy; EMDR, eye movement desensitisation and reprocessing; IV, intravenous; MAOI, monoamine oxidase inhibitor; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; prn, as needed; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant.

7. Bibliografía



7. Bibliografía

- Taylor, D., & Paton, C. (2009). *The Maudsley prescribing guidelines*. CRC press.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
- Chinchilla, A. (2009). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Elsevier España.
- TIZÓN, J. (2010). *El Poder de la Por*.

¡Gracias por vuestra atención!

