



Protocolo para el manejo de las crisis de ansiedad en el servicio de urgencias

*Francisco Alejandro Múnera Galarza, MD, Profesor Asistente.
Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad
Nacional de Colombia.*

Se presenta un protocolo para orientar a los médicos de urgencias en el proceso de evaluación de filtro, control inicial, estudio diagnóstico, manejo definitivo y referencia de pacientes que consultan por crisis de ansiedad.

Si se tiene en cuenta que los trastornos de ansiedad, considerados globalmente, pueden llegar a afectar hasta a un 20% de la población en un momento determinado (1-9) y que, en casi todos, se presentan crisis de ansiedad en algún momento de su evolución (8-9), resulta evidente que este tipo de emergencia es, potencialmente, más frecuente de lo informado en los registros de los médicos generales de urgencias (MGU) (10), lo cual refleja, bien una gran dificultad para identificar las crisis de ansiedad, bien una tendencia a soslayarlos como motivo de consulta en urgencias.

Puesto que los estados de ansiedad pueden llegar a ser extremadamente incapacitantes, inducir al abuso de sustancias psicoactivas, incrementar la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares, desencadenar conductas suicidas o ser la única o la más prominente manifestación de severas enfermedades no-psiquiátricas (11-19) (Tabla 1), es evidente que prestar una atención de emergencia insuficiente o inadecuada a un paciente con una crisis de ansiedad -la cual suele ser la primera y, a veces, la única eventualidad que motiva al enfermo a consultar-, constituye un acto grave de mala práctica médica.

Tabla 1. Enfermedades no psiquiátricas que cursan con manifestaciones ansiosas.

Sistema nervioso central	Síndrome premenstrual
Ataque isquémico transitorio	Sustancias
Cerebritis lúpica	a. Intoxicación (o efectos secundarios)
Corea de Huntington	Alucinógenos
Delirium	Andrógenos
Demencia	Anfetaminas
Disfunción vestibular	Anticolinérgicos
Enfermedad cerebro-vascular	Antihistamínicos
Enfermedad de Menière	Antidepresivos tricíclicos
Enfermedad de Wilson	Benzodiacepinas
Epilepsia	Cafeína
Esclerosis múltiple	Cicloserina
Infección	Corticosteroides
Migraña	Estrógenos
SIDA	Fenciclidina (PCP)
Temblores esenciales	Fluoxetina
Tumores	Hormonas tiroideas
Sistema cardiovascular	Inhibidores de la monoaminoxidasa
Anemia	LSD
Arritmias	Marihuana
Cardiomiopatías	Mescalina
Cardiopatía congestiva	Metilfenidato
Estado de hiperactividad β -adrenérgica	Metrizamida
Hipertensión	Neurolepticos (acatisia)
Infarto agudo de miocardio	Nicotina
Insuficiencia coronaria	Nitrito de amilo
Prolapso mitral	Pemolina
Taquicardia auricular paradójica	Progestágenos
Sistema respiratorio	Psilocibina
Crisis asmática	Quinacrina
Edema pulmonar agudo	Salicilatos
EPOC	Simpaticomiméticos
Hipoxia de cualquier etiología	Teofilina
Neumotórax	b. Abstinencia
Síndrome de hiperventilación	Alcohol
Tromboembolismo pulmonar	Ansiofíticos
Sistema endocrino	Hipnóticos
Enfermedad de Addison	Narcóticos (opiáceos)
Diabetes	Otros
Feocromocitoma	Anafilaxis
Hiper- o hipoparatiroidismo	Arteritis temporal
Hiper- o hipotiroidismo	Deficiencia B12
Hipoglicemia	Desbalance electrolítico
Menopausia	Infecciones sistémicas
Síndrome carcinoide	Metales pesados
Síndrome de Cushing	Uremia

La presente guía tiene como propósito fundamental aportar un sustrato racional para que el MGU pueda manejar de manera competente y eficaz las crisis de ansiedad.

Conceptos generales

Las demandas ambientales parecen haber inducido el desarrollo evolutivo de uno o varios sistemas cerebrales de alarma, destinados a detectar la presencia de amenazas y desencadenar una serie de cambios cognoscitivos, motores y vegetativos, encaminados a facilitar una adaptación inmediata del organismo a través de una de tres alternativas: (a) inmovilidad, (b) lucha o ataque, y (c) huida o escape (20-22). La activación de este sistema por un estímulo amenazante se acompaña de una sensación displacentera, denominada miedo. El gran desarrollo cognoscitivo del ser humano hace que la detección de amenazas sea un proceso basado en claves muy sutiles, e incluso con gran anterioridad a la presentación del peligro (23, 24). Pese a tal capacidad de anticipación y minuciosidad, la reacción emocional adaptativa sigue siendo de miedo.

Sin embargo, estos sistemas de alarma pueden funcionar inadecuadamente, habitualmente por exceso o por defecto, produciendo dificultades para la adaptación inmediata y a largo plazo. Una actividad exagerada puede suceder por uno o varios de los siguientes estados disfuncionales: (a) activación espontánea; (b) activación por claves inadecuadas (generalizadas, ambiguas, autogeneradas); (c) activación exageradamente prolongada; y (d) activación desproporcionadamente intensa. En tales casos se produce una emoción anómala (por ser desadaptativa) que se denomina ansiedad (25, 26). Si bien ésta emoción es siempre anómala, no indica necesariamente psicopatología, ello tan sólo ocurre cuando su aparición es repetitiva, se acompaña de otras

perturbaciones conductuales y deteriora la capacidad adaptativa global y a largo plazo del individuo (27).

El síndrome ansioso es el conjunto de síntomas y signos que puede presentarse en asociación con un estado emocional de ansiedad (Tabla 2) (8, 9, 28-30).

Tabla 2. *Manifestaciones clínicas del síndrome ansioso.*

Emocionales: ansiedad. Irascibilidad.
Cognoscitivas: preocupaciones (expectación aprehensiva). Estimación exagerada de la probabilidad de inminencia de muerte, locura o pérdida de la capacidad de autocontrol. Dificultades de concentración, mente en blanco. Aturdimiento, embotamiento. Impaciencia. Experiencias de despersonalización y desrealización. Hipervigilancia.
De la conducta motora: inquietud. Respuesta exagerada de alertamiento.
Del ciclo sueño-vigilia: insomnio de conciliación y/o mantenimiento.
Neurológicas: mareo, vértigo, inestabilidad. Desaliento, desvanecimiento. Temblor, estremecimiento, crispamiento. Parestesias.
Cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones. Dolor o malestar precordial.
Respiratorias: disnea. Sensaciones de sofocación o ahogamiento.
Gastrointestinales: náusea. Diarrea. Xerostomía. Disfagia, bolus histericus (nudo en la garganta). Malestar abdominal inespecífico.
Genitourinarios: polaquiuria.
Osteo-músculo-articulares: tensión, dolor o sensibilidad muscular. Fatigabilidad exagerada.
Tegumentarias: oleadas de calor o escalofrío. Diaforesis, manos sudorosas, frías o pegajosas.

Una crisis de ansiedad es la presentación o intensificación de la ansiedad en un período de tiempo de breve duración, el cual supera la capacidad de tolerancia del individuo y logra perturbar a su entorno social inmediato al punto de provocar la movilización de recursos no habituales para su control (31). Uno de tales recursos es consultar de inmediato a un servicio de urgencias (SU), donde el paciente se puede presentar con la crisis aún activa (acompañada o no de complicaciones) (Tabla 3), o poco

tiempo después de su resolución.

Tabla 3. *Complicaciones de ansiedad.*

Síndrome de hiperventilación (espasmo carpo-pedal).
Intoxicación voluntaria con psicotrópicos (no suicida).
Intento de suicidio.
Automutilación.
Heteroagresión (comportamiento violento).
Agudización de condiciones cardio-respiratorias.

Principios generales de la atención

El MGU debe asumir el control inmediato de la situación (recordar que para consultar al SU, el paciente debe tener la sensación de no poder controlar él mismo la situación) (16, 31-33).

La atención no se debe diferir, ni abreviar, al menos hasta cuando se tenga una evaluación aproximada del estado del paciente (las crisis de ansiedad pueden ser la primera y única manifestación de entidades potencialmente letales) (16, 31-33).

Ante todo se debe considerar la seguridad del paciente y del equipo de urgencias, por lo cual se deben tomar precauciones para minimizar el daño que el paciente pueda hacerse a sí mismo o a otros; por ejemplo: retirar armas y otros elementos utilizables como tales, medidas de contención física en caso de necesidad, aislamiento, entre otras (la capacidad de autocontrol se disminuye drásticamente durante una crisis de ansiedad) (16, 31-33).

El paciente debe ser ubicado en un lugar tranquilo (de una parte, la sobre-estimulación puede incrementar la ansiedad, de otra, un paciente con ansiedad extrema es muy perturbador para otros pacientes y para el equipo del SU) (16, 31-33).

Se debe asegurar que el paciente siempre esté acompañado por un adulto, bien sea un familiar o un miembro del equipo del

SU (el acompañante ejerce un efecto de reaseguramiento y puede monitorear la aparición de complicaciones) (16, 31-33).

La familia debe ser incluida en el proceso terapéutico siempre que esté disponible (es importante entender que, según el manejo que se haga de ella, la familia puede obstaculizar o facilitar el tratamiento) (16, 31-33).

EVALUACION INICIAL DEL FILTRO (TRIAGE)

El MGU debe hacer una rápida evaluación que le permita conocer aproximadamente el estado general del mismo y definir prioridades de intervención. Esta evaluación debe incluir:

Descripción de la crisis. Síntomas predominantes. Duración. Cambio de intensidad en el tiempo. Presencia o ausencia de desencadenantes ambientales, interoceptivos o cognoscitivos. Única o repetida.

Antecedentes generales. Enfermedades activas en el último mes (psiquiátricas y no-psiquiátricas). Tratamientos en curso. Uso de sustancias psicoactivas.

Examen físico abreviado. Signos vitales (incluida T^º). Auscultación cardiopulmonar. Palpación abdominal. Evaluación de la perfusión periférica. Signos neurológicos de lateralización.

Examen mental abreviado. Estado de consciencia. Orientación. Evaluar presencia de alteraciones sensoriales, cognitivas y afectivas (durante una crisis de ansiedad, la perturbación del estado mental y la pérdida de control del paciente pueden ser de tal intensidad que resulta poco probable obtener su colaboración para llevar a cabo una evaluación formal detallada).

Paraclínicos. Electrocardiograma. Radiografía simple de tórax.

Otros. Explorar las hipótesis del paciente y sus familiares respecto de la

causa de la crisis.

Con base en esta evaluación, el MGU podrá plantear si el cuadro clínico del paciente corresponde a una de las siguientes posibilidades:

Manifestación sintomática de una enfermedad no-psiquiátrica severa. Si el examen inicial muestra claramente la presencia de un trastorno potencialmente letal cuya clínica incluye manifestaciones del síndrome ansioso (p.ej., los síntomas que refiere el paciente se deben a un tromboembolismo pulmonar).

Reacción ansiosa frente a una enfermedad no-psiquiátrica. Las evidencias apuntan hacia una entidad que habitualmente no se asocia con manifestaciones del síndrome ansioso (p.ej., el paciente presenta intensa ansiedad ante la presencia de un cuadro de urolitiasis).

No es posible encontrar una explicación etiológica. No se encuentran indicadores clínicos inequívocos; sin embargo, se puede determinar que el estado general del paciente no está comprometido de manera inmediata.

CONTROL SINTOMATICO INICIAL

Esquema general. Una vez se ha completado la evaluación de filtro y se ha llegado a una conclusión preliminar, se debe iniciar el control sintomático y/o etiológico (cuando sea posible) del estado del paciente.

Cuadro no-psiquiátrico severo: esta conclusión implica un riesgo alto de letalidad, por lo tanto, la atención completa del paciente no es diferible. El MGU debe proceder de la siguiente forma, según las características específicas del estado del paciente: iniciar medidas de apoyo vital, reinterrogar al paciente y/o sus familiares, completar el examen físico,

solicitar paraclínicos complementarios, iniciar medidas terapéuticas específicas tan pronto como sea posible.

Reacción de ansiedad ante cuadro no-psiquiátrico: según la gravedad de la condición no-psiquiátrica la atención completa del paciente es potencialmente diferible. En todo caso, es deseable controlar la reacción emocional del paciente, puesto que puede entorpecer el tratamiento posterior o distraer la atención del MGU (16).

Se recomienda el siguiente procedimiento: informar al paciente acerca de su condición. Aclarar sus dudas. Tranquilizarlo respecto del curso posterior de la enfermedad y el tratamiento, sin ocultar ni distorsionar la información, farmacoterapia opcional, reorientar la historia clínica, el examen físico y las pruebas paraclínicas, iniciar medidas terapéuticas específicas tan pronto como sea posible.

Etiología no determinada: en este caso, se hace necesario hacer un estudio diagnóstico completo, el cual es diferible. Sin embargo, resulta indispensable establecer algunas medidas iniciales de control sintomático. El procedimiento recomendado es el siguiente: controlar las complicaciones de la crisis de ansiedad, intentar controlar la crisis mediante técnicas comunicativas, instaurar farmacoterapia, pasar a evaluación detallada.

TECNICAS ESPECIFICAS

Técnicas para el control de la hiperventilación: con mucho, ésta es la complicación más frecuente de las crisis de ansiedad. Una vez identificada, debe intentarse su control, usando, secuencialmente, las siguientes técnicas: reducción voluntaria de la frecuencia respiratoria (16). Para ello resulta útil usar comandos verbales para cada movimiento respiratorio, los cuales pueden ser complementados mediante el

modelamiento por parte del MGU.

Reinhalaación de aire espirado (16, 32-34). Se solicita al paciente que respire dentro de una bolsa cuya abertura se coloca sobre boca y nariz durante aproximadamente cinco a 10 minutos.

Es imprescindible dar al paciente una explicación somera del sentido de esta maniobra, asegurarle que no se va a asfixiar y permitirle tomar aire por fuera de la bolsa hasta dos o tres veces cada minuto. Idealmente, la bolsa debe tener una capacidad aproximada de 1.000 ml y una abertura de unos 15cm. En consecuencia, las bolsas vacías de 1000 ml para soluciones parenterales resultan idóneas para este fin si se corta el extremo destinado a la inserción del equipo de venoclisis.

Aumento del espacio muerto anatómico y de la resistencia de la vía aérea (34): se pide al paciente que respire a través de un pitillo colocado entre sus labios durante un período de cinco a diez minutos. En este caso es importante también informar y tranquilizar al paciente (esta técnica resulta más aceptable para algunos pacientes cuyo temor a la asfixia impide completar la maniobra anterior).

Técnicas comunicativas: son intervenciones relativamente simples, pero de gran efectividad, las cuales, además, permiten desarrollar una sólida relación médico-paciente, aunque no se inviertan sino unos pocos minutos en su aplicación.

Preverbales: la actitud general del MGU debe demostrar: calma, interés, aceptación y disposición para ayudar. Para ello, resulta de gran ayuda el uso de movimientos y palabras pausados y de alguna forma de contacto físico de apoyo (p.ej., tomar la mano del paciente) (16, 35).

Verbales: puesto que el objetivo de esta

intervención es tranquilizar al paciente y no obtener de él una historia clínica completa, el punto central consiste en permitirle expresarse espontáneamente (p.ej., "¿podría contarme qué le está ocurriendo?") (16, 35).

Las intervenciones iniciales del MGU se centran en ayudar al paciente a estructurar su relato. Al intentar cumplir con este propósito, se debe evitar trivializar las preocupaciones del paciente (p.ej., "pero, ¿cómo es que se va a angustiar por semejante tontería?") o proferir prematuramente juicios de valor (p.ej., "definitivamente su marido es un mal hombre, ¿por qué no se ha separado?") (16, 35). Sin embargo, se deben delimitar las expectativas inapropiadas respecto de las actuaciones posteriores del MGU.

Tan pronto como se va estructurando el discurso, el MGU debe tratar de enfocar las emociones del paciente (p.ej., "noto que esa situación le causa mucho malestar, ¿por qué no hablamos de ese malestar?") (16, 49). Para facilitar la expresión de emociones resulta particularmente útil el uso de afirmaciones empáticas (p.ej., "en esas mismas circunstancias, muchas personas se hubieran sentido bastante asustadas") (36).

En la medida que el paciente se va tranquilizando (esto usualmente ocurre en pocos minutos), el MGU debe introducir el tema de la necesidad de controlar las reacciones emocionales y ofrecer medidas inmediatas para ello (p.ej., "es comprensible su miedo; sin embargo, una reacción tan intensa puede ser contraproducente por sus consecuencias físicas o porque le induzca a actuar inapropiadamente... por eso es necesario que hagamos algo para controlarla...") (16, 35).

El siguiente paso consiste en delinear de manera sencilla y clara el plan terapéutico inmediato. Si el MGU

considera en este punto que debe retirarse para atender otros pacientes, deberá explicar el motivo por el cual suspende la atención, enfatizando que reasumirá el caso tan pronto como le sea posible.

Farmacoterapia. El MGU debe considerar el uso de la farmacoterapia si el manejo inicial de las complicaciones y el uso de técnicas comunicativas no ha sido suficiente para controlar completamente las manifestaciones clínicas de la ansiedad o si anticipa que el paciente no está en condiciones de tolerar una espera prolongada.

El objetivo de la farmacoterapia es disminuir la intensidad de las manifestaciones ansiosas hasta un nivel en el cual el paciente pueda reasumir el control de su comportamiento, de tal forma que le sea posible tolerar el período de espera necesario para que el MGU complete la evaluación sistemática y planee el tratamiento a largo plazo, teniendo cuidado de evitar una sedación excesiva.

Para lograr este propósito, el medicamento idóneo es una benzodiacepina administrada por vía oral, teniendo en cuenta su seguridad, su gran biodisponibilidad, la rapidez de instauración de su efecto ansiolítico y su potencial adictivo relativamente bajo (9, 11, 31-33, 37-50). La mejor forma de obtener un resultado óptimo es evaluar el efecto ansiolítico máximo logrado con una dosis oral baja y, conforme a dicha observación, titular la dosis de la benzodiacepina escogida.

Se recomienda el siguiente procedimiento: 1) administrar por vía oral una benzodiacepina en una dosis equivalente a 10mg de diazepam (Tabla 4) y esperar aproximadamente dos horas para evaluar su efecto ansiolítico una vez lograda la máxima concentración plasmática; 2) si se ha logrado el control sintomático deseado, suspender el procedimiento, de lo contrario pasar a

Tabla 4. *Farmacoterapia oral en crisis de ansiedad.*

Sustancia	Nombre comercial	Presentaciones (mg)	Pico plasmático tras administración oral (horas)	Vida media (horas) (mg)	Dosis equivalente
Alprazolam	Xanax	T: 0.25, 0.5, 1	0.7 - 1.6	12	1
Clonazepam	Rivotril	C: 0.5, 2	2 - 4	34	0.5
Diazepam	Valium	C: 10	1.5 - 2	100	10
Lorazepam	Ativan	T: 1, 2	1 - 2	15	2

Nota. T: tabletas; C: comprimidos.

3). 3) si el efecto se acerca al deseado, administrar la mitad de la dosis inicial. Si no se ha obtenido un efecto significativo repetir la misma dosis. 4) reevaluar al paciente después de otras dos horas y repetir los pasos 2) y 3).

Este procedimiento puede repetirse hasta administrar una dosis equivalente a 40 mg de diazepam, aunque lo usual es que la mayoría de los pacientes responda satisfactoriamente con dosis menores y que el efecto se mantenga hasta llevar a cabo la evaluación detallada. Si al llegar a esta dosis aún no se ha controlado la ansiedad, se recomienda proceder de inmediato a la evaluación detallada o solicitar la asesoría (directa o telefónica) de un especialista en psiquiatría.

Excepcionalmente, es deseable obtener un control farmacológico inmediato, para lo cual el MGU debe considerar el uso de benzodiacepinas por vía parenteral. Las indicaciones de la farmacoterapia parenteral son, entonces: (a) cuando la ansiedad genera una perturbación comportamental tan severa que implica una amenaza para la integridad del paciente o de otras personas debido a un pobre control de impulsos; y (b) cuando la ansiedad produce un empeoramiento marcado de una condición no-psiquiátrica (16). En tales casos, la titulación de la dosis debe realizarse con base en una dosis intravenosa de benzodiacepina equivalente a 5 mg de diazepam, la cual se repetirá cada 10 minutos según la respuesta del paciente, sin exceder una dosis equivalente a 40 mg de diazepam (Tabla 5).

Se debe tener en cuenta que por esta vía las benzodiacepinas deben administrarse sin diluir (por su incompatibilidad con soluciones acuosas) y muy lentamente (para evitar el riesgo de depresión respiratoria). La absorción tras la administración intramuscular no es regular (salvo para el midazolam), lo cual puede dificultar enormemente un procedimiento de titulación.

A pesar de ser fármacos relativamente seguros, las benzodiacepinas deben ser administradas con precaución en los siguientes casos: intoxicación por alcohol u otros depresores del SNC (riesgo de potenciación); edad avanzada o presencia de hepatopatías o nefropatías (riesgo de excesivos efectos acumulativos); lesiones del SNC con deterioro cognoscitivo (riesgo de efectos paradójicos); EPOC, apneas del sueño u otras enfermedades respiratorias (riesgo de depresión respiratoria); porfiria (riesgo de precipitar crisis); miastenia gravis (riesgo de excesiva debilidad y depresión respiratoria); historia de abuso de sustancias (riesgo de adicción) (9). En estos casos, se deben considerar las siguientes alternativas: evitar la farmacoterapia, usar dosis menores de las recomendadas anteriormente o prescribir ansiolíticos de otro tipo.

Tabla 5. *Farmacoterapia parenteral en crisis de ansiedad.*

Sustancia	Nombre comercial	Presentaciones (mg)	Vida media (horas)	Dosis equivalente (mg)
Clonazepam	Rivotril	A: 1	34	0.25
Diazepam	Valium	A: 10	100	5
Midazolam	Dormicum	A: 5	2.5	2

Nota. A: ampollas.

Aunque existen medicamentos diferentes a las benzodiacepinas que también tienen efectos ansiolíticos, se debe evitar, en lo posible, su uso para el manejo urgente de las crisis de ansiedad. Los barbitúricos son excelentes ansiolíticos, pero tienen un fuerte potencial adictivo, producen mayor depresión de la función respiratoria y tienen un menor índice terapéutico (9,39). La buspirona produce efectos ansiolíticos significativos, pero solo tras su administración continuada por más de cuatro semanas y en dosis elevadas, por lo cual no es útil en situaciones de emergencia (51-55). Varios neurolépticos tienen acciones ansiolíticas leves, pero la frecuente presentación de efectos extrapiramidales, vasomotores y anticolinérgicos no justifica su uso en dosis altas y en pacientes no psicóticos (9, 39). Los antihistamínicos, más que ansiolíticos, son sedantes y tienen, en general, una fuerte tendencia a producir efectos anticolinérgicos marcados y, en ocasiones, estados confusionales (9,39). Por último, se ha descrito que algunos antidepresivos administrados en dosis apropiadas y durante períodos prolongados tienen una buena acción ansiolítica, pero tales acciones no son explotables para el control agudo de las crisis de ansiedad (9, 39).

EVALUACION Y MANEJO DEFINITIVO

Evaluación clínica detallada. Una vez se ha controlado la crisis de ansiedad, es necesario iniciar un proceso de evaluación minuciosa en todos los casos en los cuales aún no se haya determinado la etiología de la crisis. Este proceso se puede diferir hasta por 12 horas, según

las necesidades asistenciales del SU; pero, en todo caso, es recomendable que sea llevado a cabo por el mismo MGU que prestó la atención inicial.

Es frecuente que sea difícil identificar manifestaciones clínicas diferentes a la ansiedad, en parte porque ésta llama poderosamente la atención del evaluador y en parte porque varias de las enfermedades que pueden desencadenarla producen sólo alteraciones muy sutiles durante los primeros estadios de su evolución. Por este motivo es necesario que el MGU sea meticuloso y exhaustivo en el estudio del caso.

La evaluación debe incluir:

Historia clínica completa. Según el modelo habitual utilizado en Medicina Interna, sin omitir ningún aspecto. No es recomendable orientar la toma de datos con base en el supuesto de que la única información relevante procede de la indagación acerca de las alteraciones comportamentales y sobre las alteraciones del entorno social como desencadenantes, porque ésto puede producir sesgos y omisiones que predisponen al MGU a cometer errores potencialmente graves (16, 31- 33).

Examen físico detallado. Teniendo cuidado de buscar manifestaciones clínicas sutiles (16, 31-33).

Examen mental minucioso. Haciendo énfasis en evaluar el estado cognoscitivo y en identificar la presencia de manifestaciones psicóticas (delirios y alucinaciones) o afectivas (depresión, manía o hipomanía) (16, 31-33).

Estudios paraclínicos. Como batería mínima es recomendable solicitar (además del EKG y la placa simple de tórax solicitados en la evaluación de triage): cuadro hemático con VSG, VDRL, glicemia, creatinina, electrolitos (sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio y fosfato), parcial de orina, pruebas tiroideas, estudio para tóxicos en sangre y orina (p.ej., cocaína, anfetaminas, canabinos). Según los hallazgos

clínicos y paraclínicos, se deben ordenar los exámenes que se juzgue pertinentes para aclarar el diagnóstico (16, 31- 33, 56).

Con base en esta evaluación, el MGU debe tener suficiente información para concluir con un buen índice de certeza que el paciente tiene:

Trastorno ansioso debido a condición médica general o inducido por sustancias. Cuando se identifica una enfermedad no-psiquiátrica, una intoxicación o un estado de abstinencia como etiología de la crisis de ansiedad. Se debe sospechar fuertemente este diagnóstico, aunque no se encuentren evidencias positivas, cuando se presentan dos o más de los factores indicadores de organicidad que se presentan en la tabla 6. Además, no se debe considerar otra posibilidad diagnóstica hasta tanto se pueda descartar una etiología no-psiquiátrica (8, 9, 57-58).

Tabla 6. Indicadores de organicidad en las crisis de ansiedad.

Predominio de las manifestaciones somáticas de la ansiedad.
Comienzo de la sintomatología por encima de los 45 años.
Curso rápido y con deterioro marcado del funcionamiento global.
Historia de uso excesivo o supresión reciente de psicotrópicos.
Deterioro cognoscitivo asociado.
Anormalidades en el examen físico o en pruebas para clínicas.

Trastorno psicótico no-afectivo. Si el cuadro clínico de ansiedad se presenta en el contexto de la temática delirante y las experiencias alucinatorias del paciente, las cuales son el componente predominante en el cuadro del paciente, en ausencia de otras alteraciones psicopatológicas (8-9, 57).

Trastorno afectivo (con o sin psicosis). Las manifestaciones de ansiedad motivan la consulta en un paciente en quien las alteraciones más importantes

de su comportamiento se encuentran en el estado de ánimo (exaltación, irritabilidad o depresión).

Trastorno de ansiedad. Se llega a esta conclusión cuando la crisis de ansiedad que motivó la atención de emergencia se presenta como una más de una serie de manifestaciones ansiosas (como crisis de ansiedad del mismo o de diferentes tipos, preocupaciones, obsesiones, compulsiones y conductas de evitación) que el paciente ha venido desplegando de tiempo atrás, sin una clara relación con eventos vitales en curso (las manifestaciones del Trastorno por Estrés Agudo y del Trastorno por Estrés Postraumático, específicamente, están referidas a eventos traumáticos pasados) y en ausencia de otras manifestaciones psicóticas o afectivas (8, 9, 12, 16, 30, 34).

Trastorno adaptativo con ansiedad. La crisis actual y otras manifestaciones de leve intensidad y presentación inconstante, pero suficientes para perturbar el funcionamiento habitual, han surgido en estrecha relación con un evento vital en curso que plantea una demanda adaptativa para el sujeto, quien, por lo general, no tiene antecedentes psicopatológicos (8, 9, 12, 16, 30, 34).

Manejo definitivo y referencia. Habiendo completado la evaluación detallada, el MGU tiene a su disposición una aproximación al diagnóstico del paciente que ha presentado una crisis de ansiedad, la cual le permite tomar decisiones con respecto a la conducta terapéutica inicial y a largo plazo.

Trastorno ansioso debido a condición médica general o inducido por sustancias. El tratamiento se debe centrar en corregir la anomalía no-psiquiátrica, para lo cual puede ser necesario remitir al paciente a un centro con los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Ocasionalmente, la intensidad de la sintomatología ansiosa y el carácter

lento de la recuperación de la enfermedad de base indican la necesidad de prescribir farmacoterapia ansiolítica. En tal caso, se recomienda el uso de benzodiacepinas de baja potencia y vida media larga, en dosis medias (equivalentes a 30 mg/día de diazepam) y por un período nunca superior a las seis semanas (9, 30).

Trastorno psicótico no-afectivo. Se recomienda iniciar el tratamiento definitivo con un neuroléptico en dosis antipsicóticas mínimas (equivalentes a 300 mg/día de clorpromazina), al cual, en caso de que las manifestaciones ansiosas sean muy intensas, se puede agregar, por períodos breves, una benzodiacepina en dosis medias. Todos los pacientes de este grupo deben recibir atención del especialista en Psiquiatría. Solamente los que están en su primer episodio y aquellos con severa perturbación conductual ameritan una interconsulta urgente y, posiblemente hospitalización psiquiátrica; los demás pueden ser referidos a la Consulta Externa de Psiquiatría (59-62).

Trastorno afectivo (con o sin psicosis): Si se determina que el paciente tiene un trastorno bipolar, independientemente del tipo del episodio actual (hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto), se recomienda iniciar el manejo con carbonato de litio en dosis de 900 a 1.200 mg/día, asociado con lorazepam

en dosis de, al menos, 6 mg/día. Todos estos pacientes deben ser evaluados a la mayor brevedad por el especialista en Psiquiatría, en especial aquellos con episodios maniacos o mixtos, para decidir sobre la necesidad de hospitalización psiquiátrica (63-64).

Si, por el contrario, el paciente tiene un trastorno depresivo unipolar, el manejo inicial recomendado es con un antidepresivo en dosis útiles (equivalentes a 150 - 300 mg/día de imipramina), asociado con una benzodiacepina de baja potencia y vida media larga en dosis medias y por períodos inferiores a seis semanas. Estos pacientes pueden ser controlados ambulatoriamente por un Médico General y su remisión al Psiquiatra es opcional, lo cual se debe reservar para los casos más severos, con síntomas psicóticos o con alto riesgo de suicidio, quienes pueden necesitar hospitalización psiquiátrica (65-66).

Trastorno de ansiedad: A estos pacientes se les debe explicar lo más claramente posible la naturaleza de su trastorno, enfatizando que se trata de una enfermedad reconocida y susceptible de tratamiento. No es recomendable prescribir medicamentos hasta tanto se logre un diagnóstico específico, se consolide una buena relación médico-paciente y se asegure su asistencia

continuada a la consulta, por el alto riesgo de que, sabiendo que las benzodiacepinas calman sus síntomas, decida autoprescribirse y dejar de asistir a los controles. La mayoría de los pacientes pueden ser manejados en Consulta Externa por Médicos Generales. Sólo los casos con evolución crónica, con complicaciones severas o con pobre respuesta a las medidas terapéuticas iniciales deben ser referidos al Psiquiatra (3-7).

Trastornos adaptativos con ansiedad. Por lo general, el simple uso de las técnicas comunicativas para el control de las crisis de ansiedad, permite al individuo reconceptualizar mejor su situación. Por ello, como regla general, no es necesario prescribir farmacoterapia después de la atención inicial. Es recomendable citar al paciente por Consulta Externa de Medicina General, para continuar apoyándolo en su proceso de adaptación a la situación que ha desencadenado la sintomatología y para observar su evolución.

Si la sintomatología no mejora o por el contrario empeora, se debe evaluar detenidamente de nuevo al paciente, para poder identificar si está desarrollando un trastorno psicopatológico permanente, considerando la posibilidad de remitir al especialista en Psiquiatría (35).

REFERENCIAS

1. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-958.
2. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities, 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-967.
3. Cowley DS. Generalized anxiety disorder. En: Dunner DL, ed. *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders, 1993: 263-269.
4. Carr JE. Simple and social phobia. En: Dunner DL. *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders, 1993: 269-274.
5. Sheehan DV, Raj BA. Panic disorder. En: Dunner DL, ed. *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders, 1993: 275-282.
6. Pigott TA, Grady TA, Rubenstein CS. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. En: Dunner DL, ed. *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders, 1993: 282-287.
7. Hammond KW, Scurfield RM, Risse SC. Post-traumatic stress disorder. En: Dunner DL, ed. *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders, 1993: 288-295.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition)*. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry*. 7a. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
10. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 246-249.
11. Camm AJ, Jefferson JW, Wheatley DP.

- The brain-heart connection: anxiety and panic in the patient with cardiovascular symptoms. Kalamazoo: The Upjohn Company, 1988.
12. Uhde TW, Nemiah JC. Anxiety disorders (anxiety and phobic neuroses). En: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry / V. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989: 952-990.
13. Beitman BD. Dolor torácico y trastorno por angustia. En: Klerman GL, ed. Extractos de la conferencia internacional sobre trastorno por angustia y ansiedad. Una década de progreso. Elizabeth, NJ: Healthways Communications, 1990: 61-62.
14. Maier W, Lichtermann D, Buller R. La superposición del trastorno por angustia y la depresión evidenciada por estudios de familias de los pacientes. En: Klerman GL, ed. Extractos de la conferencia internacional sobre trastorno por angustia y ansiedad. Una década de progreso. Elizabeth, NJ: Healthways Communications, 1990: 70.
15. Coryell W. Anxiety secondary to depression. *Psychiatric Clin North Am* 1990; 13: 685-698.
16. Kercher EE. Anxiety. *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9: 161-187.
17. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenwald S. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA* 1991; 265: 742-746.
18. Fawcett J. Suicide risk factors in depressive disorders and in panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(3,suppl): 9-13.
19. Massion AO, Warshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-607.
20. Gray JA. Neural systems, emotions and personality. En: Madden J, ed. Neurobiology of learning, emotion and affect. New York: Raven Press, 1991: 273-306.
21. Davis M. The role of the amygdala in fear and anxiety. *Ann Rev Neurosci* 1992; 15: 353-375.
22. Kalin NH. The neurobiology of fear. *Sci Am* 1993; 266(5): 54-60.
23. MacLeod AK, Williams JMG, Bekerian DA. Worry is reasonable: the role of explanations about future personal events. *J Abnorm Psychology* 1991; 100(4): 478-486.
24. Calvin WH. The emergence of intelligence. *Sci Am* 1994; 269(4): 101-107.
25. Eysenck MW, Mathews A. Trait anxiety and cognition. En: Eysenck HJ, Martin I, eds. Theoretical foundations of behavior therapy. New York: Plenum Press, 1987: 197-216.
26. Mathews A, Eysenck MW. Clinical anxiety and cognition. En: Eysenck HJ, Martin I, eds. Theoretical foundations of behavior therapy. New York: Plenum Press, 1987: 217-234.
27. Eysenck HJ. Behavior therapy. En: Eysenck HJ, Martin I, eds. Theoretical foundations of behavior therapy. New York: Plenum Press, 1987: 3-35.
28. Taborda LC, Burgos C, Téllez J, Vásquez R, García H, Puerta G, et al. Principios de semiología psiquiátrica. Bogotá: Specia, 1985: 95.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition revised). DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987: 235-253.
30. Shader RI, Greenblatt DJ. Approaches to the treatment of anxiety states. En: Shader RI, ed. Manual of psychiatric therapeutics. 2a Ed. Boston: Little, Brown & Company, 1994: 275-298.
31. Soreff SM. Management of the psychiatric emergency. New York: John Wiley & Sons, 1981: 49-71.
32. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of emergency psychiatric medicine. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 118-126.
33. Slaby AE. Handbook of psychiatric emergencies. 4a Ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1994.
34. Sheehan DE. The anxiety disease. Part I: Normal anxiety and the anxiety disease. New York: Bantam Books, 1986.
35. Kercher EE. Crisis intervention in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9: 219-232.
36. Sánchez R, López R. Entrevista y semiología psiquiátricas. Bogotá: FEPARMED, 1993: 33.
37. Wood AJJ, Oates JA. Adverse reactions to drugs. En: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. Harrison's principles of internal medicine. 9a Ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980: 383-389.
38. Dubin WR, Weiss KJ. Handbook of psychiatric emergencies. Springhouse, Pa: Springhouse, 1991: 157.
39. Bueno JA, Sabanés F, Salvador L, Gascón J. Psicofarmacología Clínica. Barcelona: Salvat Editores, 1985: 243-279.
40. Appleton WS, Davis JM. Psicofarmacología clínica práctica. Barcelona: Salvat Editores, 1985: 143-166.
41. Rosser WW, ed. Benzodiazepinas: Preguntas & respuestas. Philadelphia: Wyeth-Ayerst International, 1988.
42. Vallejo J. Tratamientos biológicos. En: Vallejo J, Gastó C, eds. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat Editores, 1990: 113-135.
43. Healthways Communications. Conferencia internacional: Trastorno de pánico y ansiedad, una década de progreso; 1990 Jun; Ginebra. Elizabeth, NJ: Healthways Communications, 1991.
44. Alvarez E, Almenar C. Guía práctica para la utilización de benzodiazepinas. Bogotá: Boehringer Ingelheim, 1992.
45. Roy-Byrne PP, Wingerson D, Cowley D, Dager S. Psychopharmacologic treatment of panic, generalized anxiety disorder and social phobia. *Psychiatric Clin North Am* 1993; 16: 719-735.
46. Ballenger JC. Panic disorder: efficacy of current treatments. *Psychopharm Bull* 1993; 29: 477-486.
47. Schneider LS. Efficacy of treatment for geropsychiatric patients with severe mental illness. *Psychopharm Bull* 1993; 29: 501-524.
48. Wingerson D, Roy-Byrne PP. Review of anxiolytic drugs. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 295-303.
49. Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl J Med* 1993; 328: 1398-1405.
50. Espinosa JB. Farmacología del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada. En: Roselli H, Matíz H, Correa JR, Franco A. Memorias del cuarto simposio internacional de actualización en psiquiatría; 1993 Mar 19-21; Bogotá. Bogotá: Editora Guadalupe, 1994: 47-51.
51. Petracca A, Nisita C, McNair D, Melis GB, Guerani G, Cassano G. Treatment of generalized anxiety disorder: preliminary clinical experience with buspirone. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (9, suppl): 31-39.
52. Rickels K. Buspirone in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (9, suppl): 51-54.
53. Briley M. New concepts in anxiety. *J Pharm Pharmacol* 1990; 42: 453-455.
54. Manfredi RL, Kales A, Vgontzas AN, Bixler EO, Isaac MA, Falcone CM. Buspirone: sedative or stimulant effect?. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1213-1217.
55. Napoliello MJ, Domantay AG. Buspirone: a worldwide update. *Br J Psychiatry* 1991; 159 (suppl. 12): 40-44.

56. Rosse RB, Giese AA, Deutsch SI, Morihisa JM. A concise guide to laboratory diagnostic testing in psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989.
57. Gastó C. Ansiedad secundaria. En: Vallejo J, Gastó C, eds. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat Editores, 1990: 49-61.
58. Díez C. Trastornos médicos y ansiedad. En: Vallejo J, Gastó C, eds. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat Editores, 1990: 41-47.
59. Shader RI. Approaches to the treatment of schizophrenia. En: Shader RI, ed. Manual of psychiatric therapeutics. 2a Ed. Boston: Little, Brown & Company, 1994: 311-336.
60. Potkin SG, Albers LJ, Richmond G. Schizophrenia: An overview of pharmacological treatment. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 142-154.
61. Breier A. Paranoid disorder: Clinical features and treatment. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 154-159.
62. Schulz SC, Sajatovic M. Typical antipsychotic medication: Clinical practice. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 176-182.
63. Shader RI. Approaches to the treatment of manic-depressive states. En: Shader RI, ed. Manual of psychiatric therapeutics. 2a Ed. Boston: Little, Brown & Company, 1994: 247-258.
64. Post R. Mood disorders: Acute mania. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 204-210.
65. Pies RW, Shader RI. Approaches to the treatment of depression. En: Shader RI, ed. Manual of psychiatric therapeutics. 2a Ed. Boston: Little, Brown & Company, 1994: 217-246.
66. Richelson E. Review of antidepressants in the treatment of mood disorders. En: Dunner DL, ed. Current psychiatric therapy. Philadelphia: Saunders, 1993: 232-239.