

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL DÍA



CAPÍTULO: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO DE PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

(Fecha de última actualización: 17/03/2023)

INTRODUCCIÓN.

Trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad crónica (TAG) es un trastorno común, cuya característica central es la preocupación excesiva por una serie de eventos diferentes asociados con una mayor tensión. Este capítulo cubre tanto el TAG 'puro', en el que no hay comorbilidades presentes, como la presentación más típica de TAG comórbido con otros trastornos de ansiedad y depresión en los que el TAG es el diagnóstico principal.

El trastorno de pánico (con o sin agorafobia o ataques de pánico) (TP) es la presencia de ataques de pánico recurrentes e imprevistos seguidos de al menos 1 mes de preocupación persistente por tener otro ataque de pánico y preocupación por las consecuencias de un ataque de pánico, o un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques. Consultar el Anexo 1 con los códigos de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) que se incluyen en este capítulo.

Los beneficios de la psicoterapia basada en la evidencia son similares a los de la farmacoterapia, y las guías de práctica clínica recomiendan la terapia cognitivo conductual (TCC) como psicoterapia de primera línea para los trastornos de ansiedad. La mayoría de los pacientes se benefician de uno u otro y, por lo general, se reserva agregar una segunda modalidad si los síntomas persisten. Consultar Anexo 2: visión general del manejo de los trastornos de ansiedad.

Para el abordaje de estos trastornos es importante considerar un enfoque de perspectiva de género y especial cuidado en la infancia y adolescencia. Consultar Anexo 3.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y/O NO FARMACOLÓGICAS.

Los componentes principales de la TCC incluyen psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, relajación y terapia de aceptación:

- La psicoeducación incluye la discusión sobre la interrelación entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con la ansiedad y ayuda a los pacientes a comprender sus síntomas y los patrones de mala adaptación que los exacerban.
- La reestructuración cognitiva implica identificar pensamientos relacionados con la ansiedad (p. ej., catastrofismo) y enseñar habilidades para replantear pensamientos, adaptados a la condición y al paciente (p. ej., miedo a la incertidumbre en el trastorno de ansiedad generalizada, miedo a la evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social). Las intervenciones basadas en la exposición ayudan sistemáticamente a los pacientes a abordar situaciones y/o sensaciones asociadas con la ansiedad que actualmente evitan (p. ej., dificultad para respirar).
- Las estrategias de exposición inicialmente pueden aumentar la ansiedad, pero en última instancia pueden ser más eficaces que las estrategias cognitivas por sí solas.
- La relajación aplicada consiste en técnicas de relajación diseñadas para reducir los síntomas relacionados con la excitación autónoma.
- La terapia de aceptación y compromiso consta de varios procesos centrales que se enfocan en la flexibilidad psicológica (es decir, la capacidad de afrontar, aceptar y adaptarse a situaciones difíciles). Los procesos centrales incluyen estar en el momento presente, alinear las acciones conductuales con los valores del paciente (p. ej., familia, carrera, espiritualidad) y aceptar los pensamientos y sentimientos relacionados con la ansiedad.

Para ampliar esta información consultar Anexo 4 (Terapia cognitiva conductual cara a cara o terapia cognitivo conductual digital) y Anexo 5 (Guías de autoayuda para el manejo de la ansiedad).

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS.

CIRCUNSTANCIA CLÍNICA	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	DURACIÓN	COMENTARIOS
TAG o TP (con o sin agorafobia o ataques de pánico) en adultos.	Fluoxetina (a),(b)	20-40 mg/día (1 ó 2 veces al día). Dosis máxima 200 mg/día.	4-6 semanas.	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Número necesario de pacientes a tratar (NNT)=5. Fluoxetina, no tiene efecto de retirada por su vida media larga. En insuficiencia hepática (IH) o interacciones usar 20 mg cada 2 días.
TAG o TP si ISRS no es efectivo ofrecer un 2º ISRS alternativo.	Citalopram (a),(b)	20-40 mg/día. Dosis máxima 40 mg/día.	2-4 semanas.	Citalopram: >65 años o (IH) 10-20 mg/día (dosis máxima 20mg) para evitar alargamiento del intervalo QT. No usar en insuficiencia renal (IR) grave, aclaramiento de creatinina (CICr) menor de 20 ml/min.
TAG o TP si intolerancia o respuesta parcial a ISRS ofrecer un antidepresivo de distinto grupo.	Sertralina (a),(b)	25-50 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	Revisión a las 2-4 semanas.	Sertralina: mejor perfil de interacciones. IH: reducir dosis o frecuencia de administración.
TAG o TP si intolerancia o respuesta parcial a ISRS ofrecer un antidepresivo de distinto grupo.	Venlafaxina de liberación retardada (b)	75-225 mg/día. Dosis máxima 225 mg/día.	Mantener tras remisión 12 meses.	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN): NNT=5. Venlafaxina: IH, hemodiálisis e IR grave con tasa de filtración glomerular (TFG) < 30 ml/min usar 50% dosis. IR: si CICr < 30ml/min reducir dosis un 50%. IH: leve-moderada reducir dosis un 50%. IH: grave reducir más de un 50% y precaución.
	Duloxetina (b)	60 mg/día. Dosis máxima 120 mg/día.		Duloxetina: contraindicado si IR grave CICr <30 ml/ min.
TAG o TP si intolerancia o respuesta parcial a ISRS o ISRSN ofrecer gabapentinoides.	Gabapentina (b),(c)	300-1800 mg/día en 3 dosis divididas. Dosis máxima: 3.600 mg/día.	Revisión a las 2 primeras semanas.	Antiepilépticos o gabapentinoides: NNT=6,8-8,3. Gabapentina: incrementar cada 2 ó 3 días según respuesta y tolerabilidad y bajada progresiva. >65 años: dosis inicio 100 mg/día. Si IR con filtrado glomerular (FG) <80ml/mn y fragilidad ajustar dosis.
	Pregabalina (b),(d)	150-300 mg/día. Dosis máxima: 600 mg/día.	Duración mientras existan síntomas.	Pregabalina: incrementar cada 7 días según respuesta y tolerabilidad y bajada progresiva. >65 años: dosis inicio 50 mg/día. Si IR con FG<60ml/mn y fragilidad ajustar dosis.

CIRCUNSTANCIA CLÍNICA	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	DURACIÓN	COMENTARIOS
TAG o TP si intolerancia o respuesta parcial a ISRS, ISRSN o gabapentinoides, ofrecer antidepresivos tricíclicos.	Imipramina (b)	75-150 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	4-6 semanas. Los efectos ansiolíticos comienzan en 2-4 semanas. Revisión a las 2-4 semanas.	Antidepresivos tricíclicos (ADT): NNT: 6, se toleran peor y tienen un perfil de seguridad inferior. Riesgo de cardiotoxicidad en caso de sobredosis y perfiles de tolerabilidad menos aceptables. Imipramina: se asocia con efectos adversos graves y toxicidad potencial en sobredosis. Iniciar a dosis 10 mg/día. >65 años: 10 mg/día y gradualmente en 10 días alcanzar los 30-50 mg/día.
	Clomipramina(b)	50-150 mg día. Dosis máxima 250 mg/día.	Mantener tras remisión 12 meses.	Clomipramina usar solo en TP: >65 años comenzar 10 mg/día y gradualmente en 10 días alcanzar 30-50 mg/día.
TAG o TP si crisis o tras falta de respuestas a otras opciones. Sin antecedentes de uso o trastorno de sustancias.	Diazepam (b)	2-10 mg, 2 a 4 veces/día. Dosis máxima: 40 mg.	4-6 semanas incluyendo la retirada gradual del mismo.	Benzodiazepinas (BZD): NNT: 5.4 TAG y 4 TP. Diazepam: Tras 6 semanas no cabe esperar mayores mejoras por lo que tratamientos más continuados han de considerarse exclusivamente como terapia de mantenimiento y se deben dejar intervalos regulares sin medicación, para fijar la necesidad de una continuación de la terapia. >65 años o IR y/o IH de leve o moderada: 2-2,5 mg, 1-2 veces al día, aumentando gradualmente, según necesidad y tolerancia.
	Clonazepam (b)	0,5 a 4 mg/día. Dosis máxima 20 mg/día.		Clonazepam sin indicación. Reservar para atención hospitalaria.
	Lorazepam (b)	1-2 mg/día repartidas. Dosis máxima: 3 mg/día.		Lorazepam: puede ser útil para los efectos adversos del tratamiento con ISRS como agitación e insomnio. IR: reducir dosis. IH: reducir dosis
	Hidroxicina (b)	25-50 mg/día en 3 tomas. Dosis máxima: 100 mg/día.		Hidroxicina: sedante no adictivo, usar la menor dosis que resulte eficaz y durante el menor tiempo posible. >65 años dosis máxima 50 mg/día. Contraindicada en prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o con factores de riesgo predisponentes para la prolongación del mismo.
Con antecedentes de uso o trastorno de sustancias.				

CIRCUNSTANCIA CLÍNICA	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	DURACIÓN	COMENTARIOS
Arritmias, infarto de miocardio reciente, y/o hipertensión arterial no controlada.	Sertralina (a),(b)	25-50 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	4-6 semanas.	Evitar Venlafaxina
Embarazo: sólo si hay ansiedad grave o incapacitantes.	Citalopram (a),(b)	20-40 mg/día. Dosis máxima 40 mg/día.	Los efectos ansiolíticos comienzan en 2-4 semanas.	Si se requiere medicación, un ISRS o ISRSN son de primera línea.
	Sertralina (a),(b)	25-50 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	Revisión a las 2-4 semanas.	BZD la evidencia no es suficiente para determinar si las ventajas potenciales para la madre superan a los posibles riesgos para el feto.
Lactancia: sólo si hay ansiedad grave o incapacitantes.	Sertralina (a),(b)	25-50 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	Mantener tras remisión 12 meses.	Paroxetina: vigilar el efecto de retirada.
	Paroxetina	20 mg/día. Dosis máxima 50 mg/día.		
Niños y adolescentes sólo si hay ansiedad grave o incapacitantes.	Sertralina (a),(b)	6-12 años: iniciar 25 mg/día tras una semana incrementar a 50 mg/día. 13-17 años: 50 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.	Revisión tras 1 semana.	Se aconseja los ISRS, ISRSN. Advertir que se asocian con un mayor riesgo de pensamientos suicidas. Controlar el riesgo de pensamientos suicidas y autolesiones semanalmente durante el primer mes. El menor peso debe tenerse en cuenta al aumentar la dosis por encima de 50 mg.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Trastorno de pánico (TP). Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN). Antidepresivos tricíclicos (ADT). Benzodiazepinas (BZD). Insuficiencia hepática (IH). Insuficiencia renal (IR). Aclaramiento de creatinina (ClCr). Tasa de filtración glomerular (TFG). Filtrado glomerular (FG).

(a) La selección de moléculas se ha realizado en términos de eficiencia: En el contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), siguiendo criterios de seguridad, eficacia y adecuación, se considera los siguientes fármacos por este orden fluoxetina, citalopram y sertralina, son los fármacos apropiados como primera opción en la mayoría de los pacientes, aunque las opciones pueden ser diferentes en algunos grupos de edad o etapas de la vida.

(b) A continuación se detallan las indicaciones aprobadas en ficha técnica, sin embargo, disponen de ensayos clínicos que sugieren que pueden ser eficaces para estos problemas de salud.

Indicaciones para TAG: sertralina, venlafaxina, duloxetina, pregabalina, imipramina, diazepam, lorazepam, hidroxicina, paroxetina.

Indicaciones para TP: citalopram, sertralina, venlafaxina, clomipramina, paroxetina.

(c) Genera menos adicción, más eficiente, mayor frecuencia de tomas.

(d) Más experiencia de uso, menos eficiente, menor frecuencia de tomas.

TRATAMIENTOS A NO INICIAR Y MEDICAMENTOS A DEPRESCRIBIR.

Benzodiazepinas.

Los pacientes con TAG acuden cuando sus síntomas son graves. Este alto nivel de ansiedad puede ser interpretado por el profesional como una necesidad urgente de hacer algo. Conviene seguir estas dos reglas:

- una vez que haya hecho un diagnóstico, dígame al paciente que tiene un tratamiento para ello.
- en segundo lugar, no permita que su propia ansiedad lo lleve a prescribir sedantes o a investigar en exceso todos los posibles diagnósticos diferenciales.

La ansiedad como sanitarios proviene de nuestra propia incertidumbre acerca de poder aliviar la angustia de un paciente, un sentido erróneo de que esto debe hacerse con urgencia y una preocupación excesiva por no pasar por alto una causa física de la ansiedad.

Por lo general, no hay necesidad de recetar un medicamento sedante al mismo tiempo. Los tiempos de respuesta son más largos que para la depresión.

No ofrezca BZD en TAG en atención primaria u hospitalaria, excepto como medida a corto plazo durante las crisis, si los síntomas son invalidantes.

No se recomienda de manera generalizada ni a largo plazo pues son relativamente ineficaces contra los síntomas de ansiedad cognitiva y se asocian con amplios efectos adversos, que incluyen incremento del riesgo de caídas, deterioro cognitivo, problemas de conducción, dependencia física y abstinencia.

Las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas, pero sus efectos no difieren significativamente del placebo después de 4 a 6 semanas.

No se debe superar su uso en 4 semanas máximo 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual del mismo (reduciendo la dosis total diaria entre un 10-25% según dependencia en intervalos de 2-4 semanas).

Usar la dosis más baja que sea efectiva sin aumentar y con una retirada gradual programada, advirtiendo de los posibles problemas de seguridad que originan.

Las BZD de vida media larga o intermedia tienen menos probabilidades de precipitar la retirada después del uso repetitivo y su interrupción.

Las de vida media corta se asocian a un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos de retirada (ansiedad de rebote).

Alprazolam no se recomienda debido a problemas de seguridad, principalmente un alto riesgo de dependencia y dificultad para suspenderlo.

Evitar las BZD en personas con antecedentes de uso de sustancias, uso indebido de medicamentos o depresión debido a las preocupaciones sobre la dependencia y el empeoramiento de los síntomas del estado de ánimo.

Desprescripción de benzodiazepinas: consulte información en la web de la Campaña “BenzoStopJuntos: vivir sin tranquilizantes es posible” con información tanto para profesionales como para la ciudadanía.

<https://www.easp.es/urm/intervenciones/benzodiazepinas/>



Asociación de antidepresivos.

Una respuesta inadecuada a un ISRS no predice el fracaso de un segundo ISRS. Se selecciona un segundo ISRS utilizando los mismos factores que el primero (p. ej., perfil de efectos secundarios, interacciones farmacológicas e historial y preferencias del paciente). Es necesario 1 semana o más, para ver el efecto ansiolítico completo. Es importante evaluar si la toma de la medicación ha sido según lo prescrito y recordar la necesidad de continuar el tratamiento después de la remisión para evitar recaídas.

No existe evidencia sistemática de que combinar o aumentar los medicamentos tenga algún beneficio adicional. Los efectos secundarios y las interacciones son más probables cuando se combinan. Solo deben ser realizados por profesionales con experiencia en el tratamiento psicológico y farmacológico de los trastornos de ansiedad refractarios a los tratamientos complejos y después de una discusión completa con la persona sobre las posibles ventajas y desventajas de los tratamientos sugeridos.

Deprescripción de antidepresivos. Consultar el Anexo II del capítulo de depresión mayor.

Antipsicóticos.

No se recomienda de manera generalizada ni a largo plazo. No tienen indicación en ficha técnica en el TAG ni TP. Llegado el caso en situaciones resistentes ofrecer de manera concomitante quetiapina (puede iniciarse con 25 mg/día y titularse de 25 a 50 mg cada 1 ó 2 semanas hasta una dosis máxima de 300 mg/día si se tolera) o aripiprazol. Ambos requieren visado para su financiación por el SAS.

El riesgo de discontinuación debido a eventos adversos durante el tratamiento con quetiapina (formulación de liberación prolongada) parece estar asociado con la dosis y el diagnóstico. Los pacientes parecen más propensos que con otros diagnósticos a experimentar efectos adversos cuando toman 300 mg de quetiapina de liberación prolongada por día. Se debe sopesar su uso frente al riesgo de síndrome metabólico (aumento de peso), antecedentes familiares de síndrome congénito de QT prolongado, alto abandono debido a efectos adversos (sedación, efectos secundarios extrapiramidales).

Betabloqueantes.

La evidencia actual no apoya su uso. Los betabloqueantes (p. ej., propranolol) tomados según sea necesario de 30 a 60 minutos antes de un evento programado pueden reducir los síntomas de la ansiedad por el desempeño, pero carecen de evidencia de ensayos clínicos y no se recomiendan para otros trastornos de ansiedad. Se debe probar la tolerabilidad de las dosis iniciales antes de usarlas en una situación de rendimiento.

CONSIDERACIONES PARA PACIENTES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

La TCC (presencial o digital) debe considerarse como tratamiento de primera línea, incluso en aquellos con deterioro cognitivo leve.

Se ha demostrado que la TCC (cara a cara o digital) y la farmacoterapia son eficaces para adultos mayores con trastornos de ansiedad.

Las recomendaciones se mantienen y se enfatiza la indicación de la TCC porque muchas personas mayores están tomando una variedad de otros medicamentos que pueden presentar un riesgo de interacción o efectos adversos aditivos con medicamentos para los trastornos de ansiedad.

Es posible que sea necesario aumentar la TCC con entrevistas motivacionales para aumentar la adherencia si existe ambivalencia hacia la asistencia a la terapia psicológica.

Las personas mayores o frágiles son más susceptibles a otros eventos adversos, incluso los ISRS, que son mejor tolerados que otros medicamentos. Pueden causar el síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH) aumentando la posibilidad de delirio y convulsiones secundarias a hiponatremia, y se asocian con un aumento riesgo de hemorragia gastrointestinal (GI) y de otro tipo para aquellos con factores de riesgo establecidos, como antecedentes de hemorragia, tratamiento con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), esteroides, antiplaquetarios y anticoagulantes. Considerar indicar un inhibidor de la bomba de protones preferiblemente omeprazol en estas circunstancias.

Para la administración de medicamentos en pacientes con dificultades de deglución o necesidad de administrar por sonda, es importante administrar los medicamentos justo después de manipularlos. Los medicamentos triturados NO se pueden mezclar. Ver Anexo 6 donde se relacionan como administrar los medicamentos considerados en las medidas farmacológicas.

CONSIDERACIONES RELEVANTES A LA FARMACOTERAPIA.

Es necesaria la educación cuidadosa sobre los distintos tratamientos, los posibles efectos adversos y advertir que los efectos secundarios generalmente ocurren temprano en el tratamiento, antes de que se vean los beneficios. Consultar Anexo 7 sobre cómo informar a los pacientes sobre la ansiedad y su tratamiento.

El tiempo para notar beneficio debe discutirse ya que la respuesta es relativamente lenta, los antidepresivos se diferencian del placebo a las 12 semanas y las tasas de respuesta continúan aumentando durante los períodos de seguimiento de hasta 6 meses. Los efectos adversos potenciales de la medicación también deben discutirse. A lo largo del tratamiento, se debe alentar al paciente a aumentar gradualmente la exposición a situaciones temidas, por ejemplo, situaciones con resultados inciertos.

Los pacientes con TAG y TP tienden a ser sensibles a los efectos adversos, que comúnmente ocurren antes de que se aprecien los efectos terapéuticos. Algunos efectos adversos pueden replicar los síntomas de ansiedad (p. ej., nerviosismo, palpitaciones durante la titulación de la dosis de ISRS/ISRSN); por lo tanto, la educación sobre el trastorno de ansiedad, los efectos adversos y el curso de tratamiento típico debe comunicarse como parte de la atención farmacoterapéutica. Se recomiendan comenzar con antidepresivos en dosis más bajas para disminuir los efectos adversos durante el inicio del tratamiento y reducir la interrupción prematura de la medicación.

El tratamiento farmacológico sería inicialmente con los ISRS, siempre acompañado de instrucciones para la exposición gradual a los desencadenantes de la ansiedad, o una combinación de TCC más medicación. Si no hay ninguna mejoría tras 8-12 semanas intentar con otro ISRS, después de una prueba adecuada (buena adherencia a una dosis o intensidad de tratamiento adecuadas). Si pese a eso no se obtienen respuestas se debe suspender y considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción como ISRSN o ADT. El objetivo es lograr el máximo beneficio terapéutico con la dosis mínima. Debe evitarse la farmacoterapia combinada o la potenciación.

La elección del tratamiento debe considerar las preferencias de la persona y su experiencia previa con algún medicamento concreto, particularmente su grado de adherencia, eficacia, efectos secundarios y riesgo de síndrome de abstinencia. Consultar Anexo 8 (Características farmacológicas relevantes para el tratamiento de adultos con TAG) y Anexo 9 (Farmacología de las benzodiazepinas utilizadas para tratar los síntomas/trastornos de ansiedad).

Duración y retirada: Se debe hacer un seguimiento de los pacientes durante la interrupción gradual de la medicación para ayudar a evitar la confusión entre los síntomas de abstinencia y la recaída del trastorno. Mantener 12 meses tras estabilización para prevenir una recaída o recurrencia y la interrupción debe ser gradual durante semanas o meses para minimizar los síntomas de retirada (síndrome de interrupción, con síntomas similares a los de la gripe, sensaciones de shock, mareos, insomnio, sueños vívidos, irritabilidad y accesos de llanto, así como sudoración excesiva. y mialgia).

Después de dos recaídas al disminuir la medicación, se sugiere un tratamiento de mantenimiento continuo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults:management Clinical guideline (CG113) Published: 26 January 2011 www.nice.org.uk/guidance/cg113.
2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2018, vol. 52(12) 1109-1172. https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/anxiety-cpg.aspx
3. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022;328(24):2431–2445. doi:10.1001/jama.2022.22744. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2799904>
4. Generalized anxiety disorder in adults_ Management – UpToDate 2022.
5. Fichas técnicas CIMA: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

AUTORÍA.

COORDINADOR: Ferrer López, Ingrid. Farmacéutica de Atención Primaria. SAFAP. Técnico de Apoyo del Servicio de Proyectos y Desarrollo. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud.
Boto Pérez, Javier. SAFAP. Farmacéutico de Atención Primaria. AGS de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Cádiz.
Castro Jiménez, Rafael A, SEMG Andalucía. Médico de Familia. Subdirector Médico Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
Pérez Milena, Alejandro. SAMFYC. Médico de Familia. Distrito Jaén - Jaén Sur. Jaén.
Vargas Díez, Julia. SEMERGEN Andalucía. Médico de Familia. Distrito sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

Todos los autores han expresado su declaración de conflictos de interés.

"En el capítulo puede que se recomienden algunos medicamentos sometidos a visado. En estos casos, la prescripción debe ajustarse completamente a las condiciones expresadas en el visado para que sea financiado con cargo al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a la normativa legal vigente: Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos; Resolución, de 30 de noviembre de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre gestión y control del visado de recetas".

ANEXOS.

ANEXO 1: CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE 10) Y CONVERSIÓN A CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9, MODIFICACIÓN CLÍNICA (CIE-9-MC) INCLUIDAS EN ESTE CAPÍTULO.

En el ámbito de la salud Mental es norma casi unánime la utilización de la clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE-10), elaborada por la OMS para clasificar los trastornos mentales y del comportamiento.

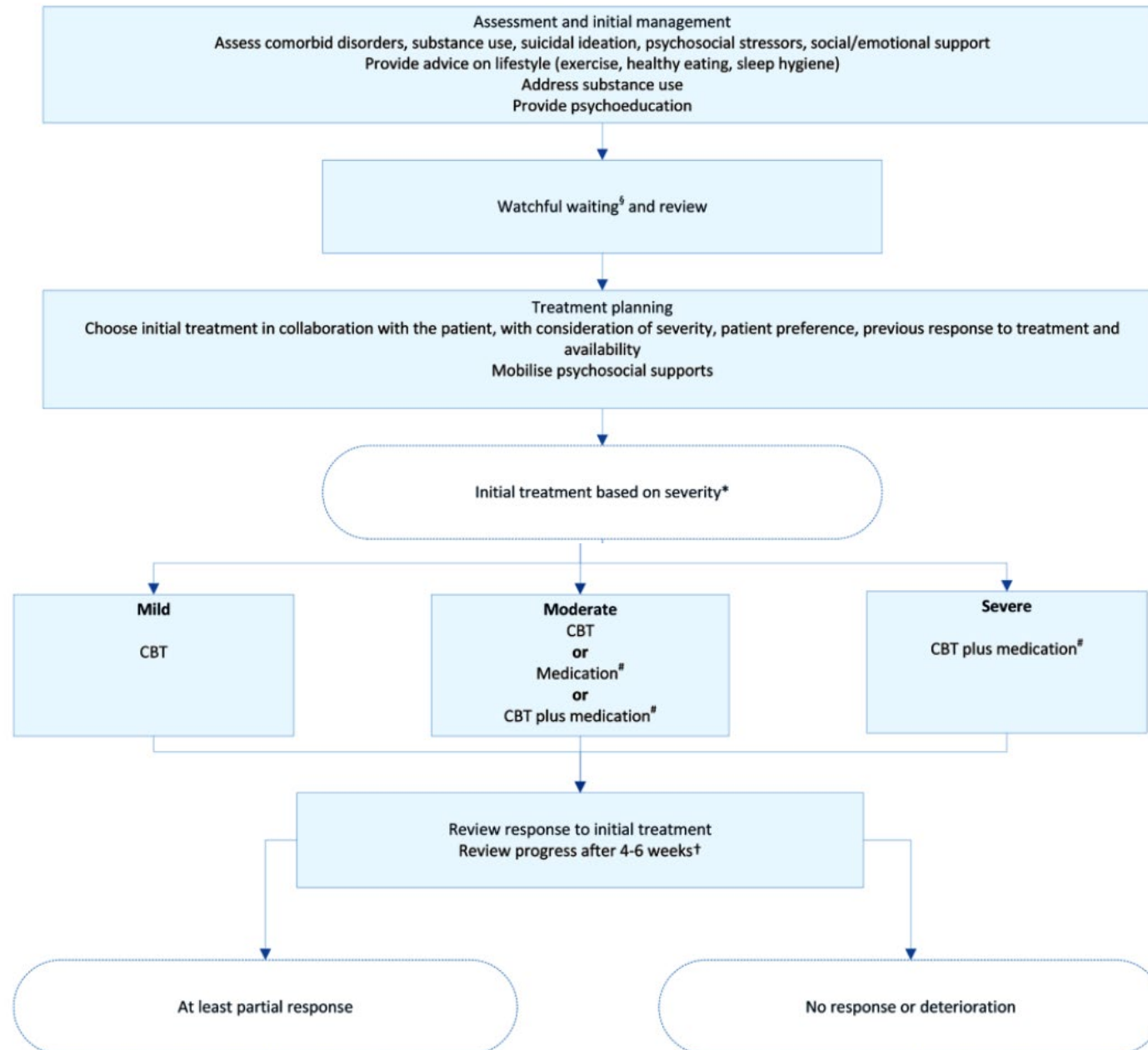
Se relaciona tabla de conversión entre los códigos del capítulo IV de la CIE-10 con respecto al capítulo 5 de la CIE-9-MC, recomendadas en el SAS.

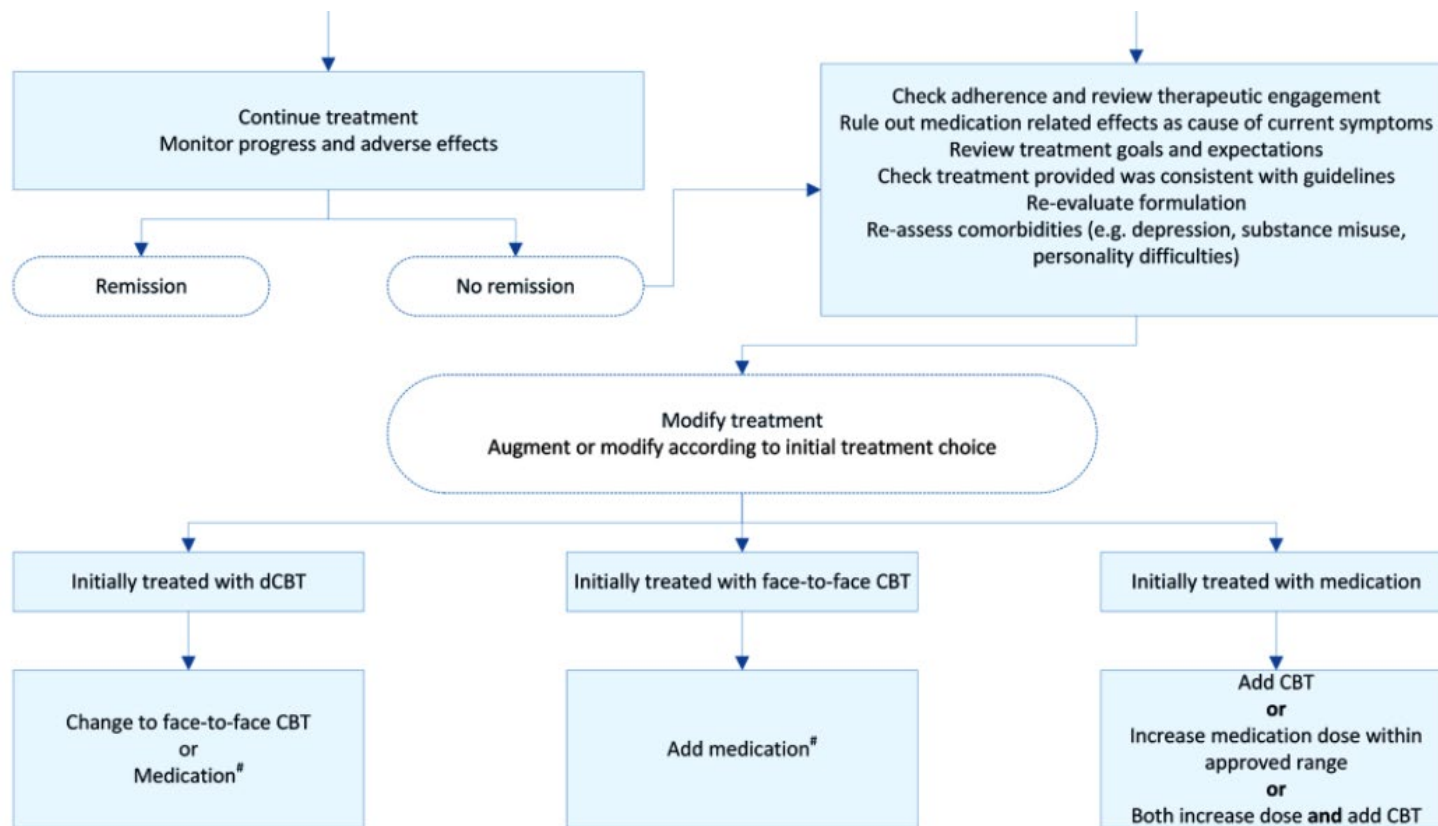
CONVERSIÓN CIE-10 → CIE-9-MC		
CIE-10	LITERAL CIE-10	CIE-9-MC
F41.00	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) moderado (por lo menos cuatro ataques de pánico en un período de cuatro semanas)	300.01
F41.01	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) grave (al menos cuatro ataques de pánico por semana, en un período de unas cuatro semanas)	300.01
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	300.02
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo	300.4
F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad	300.09
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado	300.09
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación	300.00

Referencia: Codificación en CIE-9 MC: capítulo 5 trastornos mentales). Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Evaluación y Producción asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/5-TRASTORNOSMENTALES_0.pdf

ANEXO 2: VISIÓN GENERAL DEL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.





TCC: terapia cognitivo-conductual. La TCC puede ser impartida cara a cara por un médico experimentado o como una TCC digital guiada. (dCBT): TCC digital guiada (CBT a la que se accede mediante una aplicación de ordenador, tableta o smartphone).

§ La espera vigilante incluye la respuesta de seguimiento a las medidas de psicoeducación y estilo de vida.

A los efectos de la elección del tratamiento inicial, leve, moderado y grave se definen pragmáticamente, según el efecto sobre la función, como la incapacidad para desempeñar funciones diarias durante menos de 1 día al mes, 1 a 7 días al mes y más de 7 días al mes, respectivamente. Esta clasificación se basa en la distribución de la cantidad de días completos fuera de su cargo informados por personas en la Encuesta Nacional Australiana de Salud Mental y Bienestar (Slade et al., 2009b) que cumplieron con los criterios para uno o más de los trastornos de pánico o trastorno de ansiedad generalizada.

La # medicación debe combinarse con consejos sobre exposición graduada a situaciones temidas.

† Revisión después de 4 a 6 sesiones de TCC semanal o después de 4 a 6 semanas de medicación.

Referencia: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2018, vol. 52(12) 1109-1172.

https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/anxiety-cpg.aspx

ANEXO 3: PERSPECTIVA DE GÉNERO, INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

El género es un importante determinante de la salud mental y de la gestión que se realiza de esta en los servicios sanitarios. Destacan las mayores prevalencias de mala salud mental en las mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales, y además existe un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad. Los diagnósticos de ansiedad también son más frecuentes entre las mujeres, incluso tras eliminar el efecto de su peor salud mental y su mayor frecuencia de visitas a atención primaria, y el consumo de psicofármacos prescritos también es significativamente mayor a igualdad de salud mental, de diagnósticos y de frecuencia de visitas a los/las profesionales sanitarios/as.

Todo ello podría estar indicando la existencia de un proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres, pero la interpretación de su origen resulta compleja, ya que sin duda operan procesos de sobrediagnóstico y sobreprescripción entre ellas, pero quizás también de infradiagnóstico e infraprescripción en los hombres.

Desde una óptica estructural, existe una clara relación entre el nivel de desigualdad de género en la sociedad y las desigualdades de género en la salud mental, de modo que todas aquellas políticas de lucha contra la discriminación que sufren las mujeres en el mercado laboral, en la responsabilidad sobre el trabajo doméstico y de cuidados, en el uso del tiempo y, en términos generales, aquellas que empoderen a las mujeres a partir de su mayor representación política y visibilización social, repercutirán positivamente en la disminución de las desigualdades en salud mental entre hombres y mujeres.

En el terreno asistencial, que es el espacio de producción principal de los procesos de medicalización, tener como marco de referencia la prevención cuaternaria, definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por las intervenciones médicas, puede ayudar a identificar a aquellas personas en riesgo de sobremedicalización y protegerlas de una nueva invasión médica, terreno donde las mujeres han sido y siguen siendo unas de las principales víctimas.

En el campo de la salud mental, en el que la medicalización del malestar es especialmente habitual, algunos problemas que tienen un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica o psicológica, de manera que la actuación médica, lejos de abordar la etiología del problema, puede provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas.

De ahí que la indicación de no tratamiento, es decir, un encuentro médico-paciente que permita realizar una devolución de la paciente a su contexto sin sentirse rechazada ni juzgada por el sistema sanitario (minimalismo terapéutico), se haya convertido en una intervención necesaria por parte de los/las profesionales de la salud mental y de atención primaria, con el objetivo de reorientar y resignificar la demanda o los problemas iniciales que motivaron la consulta.

La incorporación real a la práctica clínica del modelo biopsicosocial, así como la implementación de estrategias de promoción de la salud y el bienestar emocional desde un enfoque de salud comunitaria basada en activos, podrían evitar la excesiva patologización y medicalización de los malestares cotidianos al adquirir una visión global sobre la influencia que el contexto social ejerce sobre la salud.

Referencia: Bacigalupe A, Cabezas A, Baza-Bueno M, Martín U, El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020, Gaceta Sanitaria, 2020. 34 (1): 61-67. Disponible en: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813>).

Es importante tener en mente antes de considerar el uso de fármacos antidepresivos en la infancia y adolescencia (>8 años) que se debe buscar asesoramiento debido a la falta de evidencia de investigación replicada de alta calidad sobre los efectos secundarios y los riesgos de abstinencia en esta área, así como a la asociación con un mayor riesgo de suicidio. En personas jóvenes se ha observado una asociación con pensamientos suicidas, pero no con suicidio consumado. Cuando los niños o adolescentes no se involucran en el tratamiento con TCC o se resisten a él, puede ser útil hablar con los padres sobre cómo encontrar motivadores en la vida del niño o adolescente.

ANEXO 4: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL CARA A CARA O TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DIGITAL.

Los programas de terapia cognitiva conductual (TCC) cara a cara o terapia cognitivo conductual digital (dCBT) abordan los síntomas físicos, cognitivos y conductuales del TAG y tienen como objetivo prevenir las recaídas. Los programas TCC típicos (cara a cara o dCBT) incluyen tres etapas y una variedad de componentes. Se necesitan de 4 a 6 semanas para ver una mejoría.

- La primera etapa incluye ayudar al paciente a notar su preocupación habitual (p. ej., 'La semana pasada se preocupaba por eso y esta semana se preocupa por esto, ¿cree que se preocupa por naturaleza?'), formulación (o conceptualización del caso), educar sobre la naturaleza del TAG con la justificación del tratamiento, monitorear los síntomas y abordar los factores que facilitan o dificultan la terapia (las entrevistas motivacionales y la educación de los miembros de la familia/cónyuges pueden ser útiles).
- La segunda etapa incluye reducir:
 - Síntomas físicos: reducción de la excitación, como relajación muscular progresiva, entrenamiento respiratorio y ejercicio cardiovascular (30 minutos, tres veces por semana) y manejo del abuso de alcohol y otras sustancias (al igual que con otros trastornos de ansiedad).
 - Síntomas cognitivos: desafíe el pensamiento inútil como la sobreestimación de la probabilidad de que suceda algo malo (confundiendo posibilidad con probabilidad), subestimación de la capacidad de afrontamiento, intolerancia a la incertidumbre, creencias en torno al beneficio de preocuparse y el proceso de preocuparse por preocuparse. Utilice la resolución estructurada de problemas para convertir preocupaciones sobre los factores estresantes en identificables, cuantificables y problemas solucionables con planes de acción. Facilite las guías de autoayuda sobre ansiedad disponibles en el Anexo 5.
 - Conducta de evitación: aliente a los pacientes a confrontar gradualmente situaciones y actividades que evitan utilizando la exposición graduada (p. ej., completar actividades sin sobrepregarse y reducir la búsqueda de tranquilidad) y aumentar la participación en actividades que no son planificadas.
- La etapa final se enfoca en la prevención de recaídas. Incluye identificar estrategias de mantenimiento de la salud y señales de alerta temprana, hacer un plan a seguir si aparecen señales de advertencia en el futuro e identificar metas futuras.

La TCC se puede administrar digitalmente (se accede a ella mediante un ordenador, tablet o aplicación para teléfono inteligente) o por un profesional capacitado. Puede adaptarse a las consideraciones individuales del paciente (p. ej., cultura y edad) con la supervisión adecuada según sea necesario.

La eficacia de la dCBT para el TAG y la depresión ha sido demostrada con un NNT=2. Las tasas de recuperación fueron buenas (70 %), se redujo el tiempo del médico y los beneficios se mantuvieron a los 3 meses, 1 año y 3 años después del tratamiento.

En caso de crisis, usar la técnica de respiración lenta: la persona inhala durante 4 segundos, aguanta la respiración durante 2 segundos y luego exhala lentamente durante 6 segundos, por ejemplo:

¿Lo intentamos?

- Inhala durante 4 segundos: uno, dos, tres, cuatro.
- Aguante la respiración durante 2 segundos: uno, dos.
- Exhale lentamente durante 6 segundos: seis, cinco, cuatro, tres, dos, uno.
- Repita por un minuto.

Los principios generales de la gestión incluyen los siguientes:

- Continuidad de la atención, revisión regular (pero no frecuente).
- Animar al paciente a continuar con una vida activa y evitar el papel de enfermo.
- Establecer metas incrementales para la mejora funcional.
- Fomentar la esperanza en el futuro.

Incluso si las terapias no han sido efectivas, la situación del paciente puede cambiar y permitirle retomar tratamientos anteriores.

De acuerdo con el objetivo de maximizar el funcionamiento, considere el uso de tratamientos estructurados, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) o terapias basadas en la atención plena, que tienen objetivos terapéuticos que incluyen aceptar la experiencia vivida actual y minimizar la angustia.

Referencia. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2018, vol. 52(12) 1109-1172.

Enlaces de interés a recursos disponibles en el SAS:

- [Protocolos de consulta de acogida.](#)
- [Activos en salud: Salud Comunitaria basada en activos.](#)
- [Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en Atención Primaria \(GRUSE\).](#)
- [Estrategia GRUSE. Guía para el desarrollo de grupos con hombres.](#)
- [Grupos GRAFA: Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria.](#)

ANEXO 5: GUÍAS DE AUTOAYUDA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD.



A continuación, se presentan dos grupos de guías de autoayuda. En primer lugar, se recomienda leer las "Guías de información y consejo", que le ayudarán a comprender lo que le está ocurriendo, y le proporcionarán unas primeras recomendaciones sobre cómo afrontar sus síntomas.

Guías de información y consejo.

- [Comprendiendo la ansiedad](#)
- [¿En qué consiste el trastorno de pánico?](#)
- [¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada?](#)
- [Afrontando el estrés](#)
- [Consejos para dormir mejor](#)
- [¿Qué son los "tranquilizantes"?](#)
- [¿Qué son los fármacos antidepresivos?](#)

Una vez trabajadas las "Guías de información y consejo" que se adapten al caso, puede seleccionar las llamadas "Guías de actividades", centradas ya en estrategias concretas para facilitar la recuperación. Este material incluye la realización de algunas tareas específicas, como realizar registros o rellenar tablas.

Ahora, se pide una mayor participación por su parte, y en los casos que le resulten más útiles, usted podrá repetir los ejercicios tantas veces como sea necesario en hojas en blanco o en un cuaderno. La constancia es fundamental para obtener los efectos beneficiosos deseados.

Guías de actividades.

- [¿Cómo resolver problemas?](#)
- [¿Qué puedo hacer para dormir mejor?](#)
- [Aprenda a organizar sus actividades](#)
- [Aprenda a relajarse](#)
- [Aprenda a controlar la irritabilidad](#)
- [¿Cómo hacer frente a las preocupaciones?](#)
- [Aprenda a controlar sus pensamientos ansiosos](#)

ANEXO 6: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN O CON SONDA.

MEDICAMENTO	TRITURAR/ DISPERSAR	DESLEÍR (SIN TRITURAR)	ABRIR CÁPSULAS	OBSERVACIONES	AYUNAS/ ALIMENTOS/ LÁCTEOS	COMPATIBLE CON NUTRICIÓN ENTERAL(NE)	ALTERNATIVA
Antidepresivos							
Citalopram	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.				Con/sin alimentos.	Sí	
Clomipramina	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.			Sabor desagradable.	Con/sin alimentos; con alimentos disminuye la intolerancia gastrointestinal	Sí	
Duloxetina			Abrir y dispersar en 10 ml de bicarbonato sódico 1M.	No triturar el granulado contenido en la cápsula.	Con/sin alimentos.	Sí	
Fluoxetina	Comprimido dispersable pulverizar y dispersar en 15 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.		Cápsula: abrir y dispersar en 20 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.		Con/sin alimentos.	Sí	Comprimidos dispersables, solución oral.
Imipramina	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua y administrar inmediatamente o mezclar con puré, compota o crema.				Con/sin alimentos.	Sí, pero separar de la NE con fibra.	
Sertralina		Desleír en agua y disolver. Puede mezclarse con puré, compota o crema.			Con/sin alimentos.	Sí, administrar preferentemente con la NE.	Solución oral (usar previa dilución).
Venlafaxina Retard®			No				Solución oral, comprimidos de liberación inmediata Venlafaxina.
Venlafaxina	Desleír en agua y disolver. Puede mezclarse con puré, compota o crema.			Se recomienda administrar a la misma hora todos los días.	Con alimentos.	Sí, administrar preferentemente con la NE.	

MEDICAMENTO	TRITURAR/ DISPERSAR	DESLEÍR (SIN TRITURAR)	ABRIR CÁPSULAS	OBSERVACIONES	AYUNAS/ ALIMENTOS/ LÁCTEOS	COMPATIBLE CON NUTRICIÓN ENTERAL(NE)	ALTERNATIVA
Benzodiazepinas, antihistamínicos y gabapentinoides.							
Alprazolam	Pulverizar y dispersar en 20 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.				Con/sin alimentos.	Sí	Gotas orales en solución.
Clonazepam*	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.				Con/sin alimentos.	Sí	Gotas orales en solución.
Diazepam	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.			Con alimentos mejora la biodisponibilidad.	Sí	Gotas orales.
Hidroxizina	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.			Sabor amargo.	Con alimentos.	Sí	Jarabe.
Lorazepam	Comprimido Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.	Desleír en agua y disolver. Puede mezclarse con puré, compota o crema.			Con/sin alimentos.	Sí	Valorar administración sublingual.
Gabapentina			Abrir y dispersar con 20 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.		Con/sin alimentos.	Sí	
Pregabalina			Abrir y dispersar con 20 ml de agua o mezclar con puré, compota o crema.	No triturar los microgránulos contenidos dentro de la cápsula.	Con/sin alimentos.	Sí	

Referencia: *Guía para la administración de medicamentos a pacientes con problemas de deglución. 2ª edición 2021. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz (Madrid).*

***Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: si es necesario fraccionar o triturar, utilizar las gotas orales. Administrar con guante simple.**