

nicay no se estimula al psiquiatra asistencial en la búsqueda de un mayor y mejor conocimiento de la forma individual en que se expresa la patología en cada uno de sus pacientes. El modelo del espectro valora los síntomas aislados y de poca severidad que ocurren junto a los más prominentes y promueve su investigación. Los DSM inducen a tratar a estos síntomas "menores" como interferencias que entorpecen la más importante tarea de buscar los elementos esenciales de los criterios diagnósticos.

En la Tabla 3 se detallan algunos elementos del espectro pánico-agorafobia.

El concepto de espectro es útil para complementar los instrumentos clasificatorios en uso. Evita el abandono del esquema categorial pero incluye lo dimensional en la categoría, permitiendo la visión de los continuos y del aura que rodea a los síntomas esenciales. Finalmente, impide que los síntomas experimentados por mucho tiempo sean percibidos como egosintónicos y aceptados pasivamente por pacientes y médicos como una forma de ser inmodificable desafiando las capacidades terapéuticas del especialista para proporcionar alivio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. REVISIÓN DE LOS DATOS CON CLONAZEPAM, CLOMIPRAMINA, ALPRAZOLAM, PAROXETINA Y SERTRALINA. SÍNTESIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

Dr. Aitor Castillo (Perú)

El trastorno de pánico (TP) es el trastorno de ansiedad de presentación más común en los servicios de asistencia primaria y en la medicina general. A pesar de ello permanece subdiagnosticado y por consiguiente inadecuadamente tratado en la mayoría de los casos. El TP se asocia con una incapacidad marcada en los aspectos de la vida familiar, interpersonal y ocupacional y con un deterioro en la calidad de vida. Más que las crisis de pánico en sí misma, la preocupación por la anticipación de futuras crisis, "ansiedad anticipatoria" o "miedo al miedo", es especialmente incapacitante.

Aparte de la pérdida de productividad, hay un uso elevado de los servicios de medicina general y de diferentes especialidades. En muchos casos se realiza múltiples estudios complementarios innecesarios y costosos para tratar de detectar alguna patología orgánica antes de ser diagnosticado.

Tabla 5. Objetivos de la farmacoterapia del pánico

- Bloquear la crisis de pánico
- Disminuir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica.
- Tratar las patologías en comorbilidad
- Lograr la remisión y tratar los síntomas residuales
- Facilitar las terapias asociadas (cognitivo-comportamental, autoayuda)
- Recuperar la autoestima y autoconfianza del paciente.

El tratamiento farmacológico del TP ha venido desarrollándose y avanzando a lo largo de las tres últimas décadas. Estudios de los años '60 y '70 demostraron claramente la eficacia de los tricíclicos y de los IMAOs en esta patología, aún antes de que fuera establecida por el DSM-III en 1980 la categoría diagnóstica de trastorno de pánico. Investigaciones a mediados de los '80 demostraron que las benzodiazepinas de alta potencia (BZAPs) también eran agentes efectivos contra la crisis de pánico, con la ventaja de actuar más rápido que los antidepresivos.

Los objetivos de la farmacoterapia del TP se consignan en la Tabla 5.

Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros fármacos con eficacia demostrada para el tratamiento del pánico, a partir de las experiencias de Donald Klein. La imipramina ha sido la más estudiada en esta patología, aunque otros como la desipramina, la nortriptilina y la clomipramina son también efectivos.

La administración de tricíclicos puede acompañarse de diversos eventos adversos, como alteraciones cardiovasculares, efectos anticolinérgicos y en el largo plazo ganancia de peso, lo que puede llevar al incumplimiento del tratamiento.

El uso de los IMAOs también se encuentra limitado por su propensión a causar efectos adversos, incluyendo hipotensión, ganancia de peso, disfunciones sexuales y un potencial síndrome tiramínico si no se cumplen las restricciones alimentarias.

Dentro de las benzodiazepinas, el clonazepam es la de elección y tiene la ventaja de proveer un alivio inmediato de los ataques. Por su vida media larga pueden administrarse sólo dos dosis diarias y es más fácil de discontinuar que el alprazolam. La dosis terapéutica oscila de 1 a 4 mg./día (promedio 1,5 a 2 mg./día).

El alprazolam necesita de dosis repetidas (4 ó 5 veces) a

traves del día, para no producir ansiedad de rebote inter-dosis y presenta dificultades en su discontinuación.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) que incluyen a la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, el citalopram y la fluvoxamina, han demostrado su eficacia para el tratamiento del TP.

Los ISRSs actualmente son utilizados como agentes de primera línea, por carecer de efectos adversos anticolinérgicos y cardiovasculares y ser seguros ante la posibilidad de una sobredosis.

Otra de sus ventajas, por su amplio espectro de acción terapéutica es la de poder tratar simultáneamente las patologías comorbidas, como la depresión mayor, la distimia, la fobia social, el TOC y la hipocondría.

Sus desventajas son el inicio demorado de su acción, la posible exacerbación de la ansiedad inicial y algunos efectos adversos, en especial los referidos a posibles disfunciones sexuales, como anorgasmia o retardo eyaculatorio.

La combinación de medicaciones antipánico es muy útil en las primeras etapas del tratamiento, durante el periodo agudo. Las BZAPs pueden reducir los síntomas inmediatamente y permitir que el paciente tolere la demora en el inicio de la acción antidepressiva, así como sus posibles efectos paradójales durante las primeras semanas.

Se encuentran en fase de comprobación para tratar el TP otros fármacos como la mirtazapina, la nefazodona, la venlafaxina y divalproato de sodio.

Como se dijo la farmacoterapia del TP apunta más allá de la simple supresión de las crisis. Otros objetivos son la ansiedad anticipatoria, los temores fóbicos, las cogniciones catastróficas, la evitación y la hipersensibilidad a los síntomas ansiosos.

La sertralina, por sus ventajas diferenciales respecto al resto de los ISRSs (farmacocinética lineal, menor inhibición enzimática del sistema citocromo 2D6, lo que permite su coadministración con todo tipo de fármacos en el uso a largo plazo), ha sido evaluada en ensayos controlados con placebo que midieron, además de los síntomas específicos del espectro pánico agorafóbico, otros parámetros más amplios, que incluyen una evaluación multidimensional de la calidad de vida, mediante la escala Q-LES-Q. En todos los casos la dosis de inicio de tratamiento fue de 25 mg/día (primera semana) y la dosis media se encontró entre 50 y 100 mg/día.

Los resultados demostraron una mejoría significativa

con sertralina sobre la sintomatología pánica primaria (ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, evitación fóbica e incapacidad) así como una mejoría global en la calidad de vida, incluyendo una mejoría en el estado de ánimo, las actividades hogareñas, laborales y recreativas, las relaciones familiares y sociales, la movilidad física, la satisfacción con la medicación y la vida en general.

Cabe destacar que en el tratamiento de mantenimiento, sertralina no desarrolló el fenómeno de tolerancia, asegurando el control de los síntomas en el largo plazo.

La duración del tratamiento es un tema a considerar especialmente, dado que la respuesta a la farmacoterapia es gradual y progresiva. Si bien la respuesta a los antidepressivos comienza a las 3 semanas, son necesarios de 3 a 6 meses para que los pacientes se encuentren casi totalmente libres de crisis de pánico. Luego de estar asintomáticos, el tratamiento tiene que ser continuado para optimizar la prevención de recaídas por lo menos de 12 a 18 meses. Si el paciente no recibe información adecuada, puede suponer que una vez estando libre de crisis los fármacos pueden ser discontinuados. La psicoeducación es crucial y debe hacerse de entrada, una vez hecho el diagnóstico.

Uno de los obstáculos más significativos de la farmacoterapia es el incumplimiento de la medicación, los que generalmente se debe a resistencias a tomarla, a los efectos colaterales o a la falta de eficacia. Dentro de los pacientes psiquiátricos, los pánicosos son más sensibles que otros a los efectos.

El efecto paradójal, sobreestimulación o ansiogénesis inicial con diferentes antidepressivos tricíclicos, es una de las razones más comunes para las discontinuaciones prematuras. Dentro de los ISRSs, la fluoxetina es la que más puede producir esta acción, que es dosis dependiente. La iniciación del tratamiento con dosis muy bajas, por ejemplo 2 a 5 mg de fluoxetina, elimina la mayoría de estos problemas. Más adelante en el tratamiento, otro de los motivos de discontinuación que frecuentemente se da con los tricíclicos y con la paroxetina es la ganancia de peso.

Es importante que el médico tratante explique y ofrezca las posibilidades disponibles de todos los tratamientos con eficacia demostrada: si la respuesta a la medicación sola es insuficiente se debe ensayar una terapia cognitivo-conductual concomitante, la que también es útil en aquellos pacientes que no pueden superar la evitación fóbica, a pesar de haber bloqueado completamente sus crisis o en quienes responden bien a la medicación, pero recaen cuando esta es discontinuada. Cuando se ha cum-

plido el periodo de mantenimiento, si ha sido superada también la evitación fóbica, la medicación puede ser gradualmente disminuida durante varios meses, con una cuidadosa observación y educación del paciente para que detecte signos precoces de recaída y pueda instrumentar recursos cognitivo-conductuales para el manejo de eventuales crisis.

LINEAMIENTOS GENERALES DE PSICOTERAPIA EN EL TRASTORNO DE PÁNICO

Dr. Jorge Dávila (Colombia)

Para definir los lineamientos generales de psicoterapia en el trastorno de pánico es necesario examinar en profundidad la ligazón entre biología y mente, espectro y discreción. Esto supone que nos encontramos frente a un trastorno que no es meramente biológico sino que integra constituyentes de la mente y que, pese a tratarse de un cuadro clínico muy bien delimitado, su abordaje no puede agotarse en la consideración de los criterios diagnósticos de un manual.

Para definir la psicoterapia es imprescindible, pues, una cuidadosa evaluación diagnóstica integral cuidándose especialmente de cualquier tipo de parcialidad. Es muy importante valorar los tipos cognitivos así como también monitorear la corporalidad.

La severidad de la disfunción no depende solamente de los síntomas esenciales del trastorno. En muchos casos depende de otros factores psicopatológicos, como la depresión comórbida, los factores demográficos como la edad, del género y de otros factores como los niveles de educación alcanzados. Sirva para remarcar lo antedicho que los ataques de pánico son tan o más frecuentes en la depresión que en los trastornos de pánico.

Los principios terapéuticos incluyen la educación del paciente, la familia y otros médicos, todos ellos objetivos de una correcta psicoterapia. Se apuntan así a una eficaz tarea colaborativa: de la alianza terapéutica depende la adherencia al tratamiento.

Las psicoterapias del pánico tienen múltiples aproximaciones, encuadre y duraciones variables y son del tipo de la cognitivo-conductual y la psicodinámica o combinada (entre diferentes abordajes psicoterapéuticos y/o de psicoterapias con fármacos).

La psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) requiere psicoeducación que nos es simplemente descriptiva sino que incluye nominación, explicaciones,

ayudas, planes de manejo de las crisis, hiperventilación y evaluación. Los otros componentes de la TCC son el monitoreo de los síntomas, la respiración y la reestructuración cognitiva. Por su parte, la exposición requiere jerarquías y orden.

Finalmente, téngase en cuenta que la psicoterapia también tiene abandonos y efectos secundarios.

EL TRASTORNO DE PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. EL PROBLEMA SANITARIO Y FARMACOECONÓMICO

Dr. Paulo Mattos (Brasil)

La prevalencia a lo largo de la vida de ataques de pánico (de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV) pueden llegar a 4,3% y la de trastorno de pánico puede ser de 1,6% analizado en un grupo en una serie de adolescentes y adultos jóvenes (Rees y col., 1998). Estos pacientes, en particular aquellos con ataques de pánico de inicio tardío, son propensos al desarrollo de multimorbilidad de trastornos mentales, lo cual aumenta el deterioro funcional y social (Rees y col., 1998). Los ataques de pánico son altamente indicativos de otros cuadros psicopatológicos más severos, y no sólo de trastorno de pánico con agorafobia (Rees y col., 1998). En un estudio longitudinal en adultos mayores, la prevalencia de trastorno de pánico fue similar a la vista en adultos jóvenes (Beekman y col., 1998). Estos pacientes reportan menor frecuencia y severidad de síntomas (lo que puede dar lugar a que el médico pase por alto el diagnóstico) y más distimia.

En un estudio colaborativo de la OMS en 14 unidades de atención primaria (Lecrubier y col., 1998) el trastorno de pánico en comorbilidad con depresión mostró el nivel más alto de discapacidad y los pacientes tuvieron más posibilidades de tener un trastorno prolongado en el tiempo. Los ataques de pánico fueron indicativos de depresión, trastornos de ansiedad o diagnósticos subsindrómicos en el 99% de los pacientes. Cabe destacar que en grandes muestras (ECA, n = 1920) cerca de la mitad de los pacientes presentó alguna forma de ansiedad varios años antes de reunir los criterios diagnósticos para trastorno de pánico (Eaton y col., 1998).

En una muestra aleatoria de pacientes de una unidad de atención primaria, aquellos con trastorno de pánico muestran mayor utilización

de recursos médicos y mayor deterioro en sus funciones que el grupo comparativo. Esto puede representar una carga significativa en los costos comunitarios (