

ANSIEDAD

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad es una emoción que se caracteriza por sentimientos de tensión, pensamientos preocupantes y diversos cambios físicos. La ansiedad puede aparecer como respuesta natural al sufrimiento, la incertidumbre, las enfermedades y muchos otros factores. Las personas con trastornos de ansiedad crónicos suelen tener pensamientos intrusivos y preocupaciones recurrentes, que pueden causar problemas importantes en todos los aspectos de la vida del paciente.

Las causas comunes de ansiedad en los pacientes de cuidados paliativos incluyen el diagnóstico de una enfermedad grave, la progresión de la enfermedad, la pérdida de independencia, la carga sintomática, las preocupaciones económicas, la angustia existencial, el duelo anticipado y la incertidumbre sobre el futuro.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Aumento de la presión arterial, dolor en el pecho, dificultad para respirar
- Sensación de inquietud, tensión, irritabilidad, fatiga, preocupación, pánico, incapacidad para concentrarse y mayor distracción
- Tensión muscular, dolores de cabeza
- Alteraciones del sueño como insomnio, inquietud o sueño no reparador
- Presencia concomitante de depresión

INTERVENCIONES

La evaluación clínica debe incluir una historia clínica de enfermería exhaustiva y una exploración física cuidadosa, que incluya la historia de la ansiedad (inicio, cualidades, síntomas asociados, acontecimientos precipitantes y de alivio, y respuesta a la medicación), junto con la historia psicosocial y de medicación, con revisión de los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas.

- Identificar la etiología subyacente y el estadio de la enfermedad. Revisar los objetivos de los cuidados con el paciente y su familia. Analizar los beneficios y las cargas de las opciones de tratamiento.
- Es especialmente importante evaluar la depresión concomitante para adaptar las intervenciones en consecuencia (p. ej., medicación, psicoterapia, asesoramiento).
- Evaluar la ansiedad con una herramienta validada como la escala de siete ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7). El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés) y la Escala de Miedo a la Progresión de la Enfermedad también se han utilizado en contextos oncológicos para detectar la ansiedad.¹
- En la enfermedad avanzada, si es culturalmente apropiado, debatir el cambio de objetivos de los cuidados para reducir la carga sintomática y mejorar las habilidades de afrontamiento del paciente cuando la optimización del tratamiento para la etiología subyacente no es alcanzable.
- Continuar el seguimiento continuo de la ansiedad, la respuesta a las intervenciones terapéuticas y el impacto general en el estado funcional.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Sea consciente de cualquier ansiedad personal que se refleje en su enfoque. • Mantenga el contacto visual, un lenguaje corporal relajado y un tono de voz tranquilo. • Utilice palabras y frases sencillas para minimizar los estímulos. • Utilice preguntas abiertas para obtener sentimientos subyacentes en lugar de simples respuestas de “sí” o “no”. • Incluya al paciente en la toma de decisiones para aumentar su sensación de control. • Utilice técnicas de enseñanza por retroalimentación para reforzar las estrategias de manejo y potenciar la comprensión por parte del paciente de los pasos siguientes. • Utilice el equipo para enseñar o reforzar técnicas de relajación complementarias o alternativas, como la imaginación guiada, la aromaterapia, las terapias artísticas y musicales, los masajes, la oración y la meditación. 	<p>Optimice el tratamiento de las etiologías subyacentes y controle cualquier otro síntoma no controlado, como la disnea o el dolor. El tratamiento de la ansiedad está justificado si causa una angustia significativa o afecta a la calidad de vida del paciente. Individualice el tratamiento teniendo en cuenta el estado médico general del paciente y su pronóstico. Comience con la dosis más baja posible y ajuste cuidadosamente hasta conseguir el efecto deseado. Disminuya la dosis si aparecen efectos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés) o los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI, por sus siglas en inglés) son el tratamiento de primera línea para los trastornos de ansiedad crónicos. • Los opioides se indican para el tratamiento de la ansiedad relacionada con la disnea al final de la vida.² • Los ansiolíticos que se suelen utilizar para la ansiedad aguda pueden incluir los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Benzodiacepinas (lorazepam, alprazolam). Las benzodiacepinas de acción corta como el oxazepam, el alprazolam y el triazolam son los agentes preferidos para los pacientes de edad avanzada³, y los agentes de acción prolongada como el diazepam deben evitarse generalmente en pacientes con disfunción hepática dado el riesgo de acumulación de metabolitos⁴. Antihistamínicos. La hidroxizina es el antihistamínico más utilizado para la ansiedad. Derivados del carbamato (meprobamato) Azaspirodecanediona (buspirona) (inicio retardado del efecto) Haloperidol (considerar si la dosis de lorazepam es ineficaz. El electrocardiograma basal es una consideración importante, ya que el haloperidol lactato intravenoso puede provocar un síndrome de QT prolongado).

Alerta clínica:

Las benzodiacepinas son tóxicas en caso de sobredosis, pueden suprimir la respiración, pueden provocar trastornos cognitivos, tienen riesgo de abuso y adicción y pueden tener un efecto paradójico en los adultos mayores y empeorar la ansiedad. Si un paciente no tolera las benzodiacepinas o estas no afectan a la ansiedad, considere la posibilidad de administrarle un antipsicótico en dosis bajas. La olanzapina y la quetiapina son eficaces con la ansiedad grave y no provocan la depresión respiratoria que pueden causar las benzodiacepinas.⁴

Los efectos secundarios comunes de los ansiolíticos incluyen los siguientes:

- Somnolencia, confusión, letargo
- Tolerancia
- Boca seca
- Hipotensión ortostática
- Náuseas y vómitos
- Discrasia sanguínea
- Mayor riesgo de caídas⁵

Nota:

La ansiedad crónica (trastorno de ansiedad) requiere diversas modalidades de tratamiento, como psicoterapia, terapias integradoras y farmacoterapia, que incluye inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) o inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI). Los SSRI/SNRI son el tratamiento de primera línea para los trastornos de ansiedad. El inicio típico del efecto es de 2 semanas, y el efecto completo tarda de 4 a 6 semanas desde el inicio. Estos agentes deben iniciarse en pacientes con un pronóstico de semanas a meses. Las benzodiacepinas y otros agentes comentados pueden utilizarse conjuntamente como puente para el tratamiento sintomático mientras el SSRI/SNRI hace efecto. Los psicoestimulantes se utilizan a menudo por su efecto antidepresivo en pacientes con pronóstico limitado. Pueden tener cierta utilidad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad; sin embargo, el efecto estimulante también puede empeorar la ansiedad.

DEBATES EN FAMILIA Y EN EQUIPO

- Aclarar los objetivos del paciente y la familia con frecuencia durante el curso de la enfermedad.
- Debatir sobre la ansiedad con el paciente y la familia, centrándose en sus efectos sobre el estado funcional del paciente, la calidad de vida y la carga del cuidador.
- Proporcionar educación sobre los signos de ansiedad y el conocimiento de los factores desencadenantes, las opciones de tratamiento disponibles, los medicamentos y los efectos secundarios previstos.
- Explorar expectativas realistas para la trayectoria de los síntomas, con educación tranquilizadora sobre las estrategias de intervención.
- Proporcionar instrucciones sobre la gestión de la medicación y equipar a las familias para que utilicen estrategias no farmacológicas adecuadas.

Equipo interprofesional:

Los pacientes con ansiedad se benefician de múltiples perspectivas para que las intervenciones aborden con éxito los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales de la atención. Considere la posibilidad de realizar consultas de trabajo social, asesoramiento y atención espiritual para abordar las preocupaciones relacionadas, como las cuestiones espirituales, culturales y financieras.

EJEMPLO DE DOCUMENTACIÓN DE SÍNTOMAS

1. **Paciente femenina de cuidados de hospicio de 67 años con cáncer de mama metastásico en estadio 4** refiere “ataques de pánico” relacionados con el aumento del dolor. Afirma: “Los analgésicos ayudan mucho, pero sigo teniendo tanto miedo de que no pare”. Refiere que el dolor está principalmente controlado, pero que tiene sentimientos de miedo que escalan hasta el pánico, junto con insomnio reciente e incapacidad para concentrarse. También revela preocupaciones relacionadas con cuestiones financieras y la capacidad de su marido para seguir siendo su cuidador principal. Revisar el régimen actual contra el dolor. Explicar el beneficio de la medicación ansiolítica para aliviar la angustia inmediata. Ofrecer apoyo social para abordar los problemas psicosociales. El paciente acepta probar el lorazepam para la ansiedad aguda y agradece el apoyo adicional del equipo.
2. **Paciente masculino de cuidados paliativos de 59 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica** diagnosticada hace dos años refiere disnea creciente y ansiedad acompañante cuando “no puedo recuperar el aliento”. Usando O2 @ 2L por cánula nasal según sea necesario y por la noche. Continúa con su medicación inhalada y nebulizada según las indicaciones. La morfina de liberación inmediata proporciona cierto alivio. Mostrar imaginación guiada, técnicas de relajación y respiración con los labios fruncidos al paciente y al cuidador con una demostración de retorno satisfactoria. Analizar el uso de la música para mejorar la comodidad. El paciente expresa su esperanza de poder “manejarse mejor” utilizando esas herramientas para el control de los síntomas. Plan de seguimiento mediante llamada telefónica en un plazo de 48 horas para evaluar la situación. Reforzar con el paciente y el cuidador la disponibilidad de contacto las 24 horas del día en caso de empeoramiento de los síntomas o de la necesidad de aclaraciones sobre el plan de cuidados revisado.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA DESEADOS

- Promover una comodidad óptima y el control de los síntomas.
- Maximizar el estado funcional y la calidad de vida del paciente y su familia a medida que la enfermedad progresa.
- A medida que el paciente decae, revisar los objetivos de los cuidados y mantener conversaciones frecuentes. Documentar las conversaciones y asegurarse de que los responsables de la toma de decisiones conozcan las preferencias asistenciales del paciente.

REFERENCIAS

1. Salman J., Wolfe J., Patel SK. *Anxiety and depression (Ansiedad y depresión)*. En: Ediciones de Ferrell B. y Paice J., *Oxford Textbook of Palliative Nursing (Manual de Enfermería de Cuidados Paliativos de Oxford)*. 5.ª ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2019.
2. Gatto M., Thomas P., Berger A. *Anxiety (Ansiedad)*. En: Ediciones de Dahlin C., Coyne F., Ferrell B., *Clinical Pocket Guide to Advanced Practice Palliative Nursing (Guía clínica de bolsillo de enfermería paliativa de práctica avanzada)*. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2017.
3. 1- Bogunovic OJ, Greenfield SF. *Practical geriatrics: Use of benzodiazepines among elderly patients (Geriatría práctica: uso de benzodiacepinas en pacientes de edad avanzada)*. *Psychiatric Services*. 2004;55(3):233-235. doi:10.1176/appi.ps.55.3.233.
4. 2-Andreasen PB, Hendel J., Greisen G., Hvidberg EF. *Pharmacokinetics of diazepam in disordered liver function (Farmacocinética del diazepam en trastornos de la función hepática)*. *Eur J Clin Pharmacol (Revista Europea de Farmacología Clínica)*. 1976;10(2):115-120. doi:10.1007/BF00609469.
5. Díaz-Gutiérrez MJ, Martínez-Cengotitabengoa M., Sáez de Adana E., et al. *Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review (Relación entre el uso de benzodiacepinas y las caídas en adultos mayores: una revisión sistemática)*. *Maturitas*. 2017;101:17-22. doi:10.1016/j.maturitas.2017.04.002.