

Trastorno Obsesivo Compulsivo en Atención Primaria en Salud

Obsessive Compulsive Disorder in Primary Care

Jeannee Interiano *, Elena N. Reyes **

* Residente de Primer Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

** Médico Psiquiatra

Resumen

El papel del médico en atención primaria en salud es de vital importancia, para la detección y manejo adecuado de paciente con trastorno obsesivo compulsivo, trastorno que es muchas veces subdiagnosticado. Es importante el reconocimiento de los síntomas e inicio del manejo oportuno, con referencia a los servicios especializados en experiencia en técnicas psicoterapéuticas adecuadas para tratar este tipo de condición, así como iniciar el tratamiento farmacológico a dosis y mantenimiento adecuado de estos. De igual manera mantener un seguimiento de estos pacientes para detectar a tiempo recaídas, nuevos síntomas y asegurar el apego terapéutico del paciente.

Palabras claves: *Trastorno obsesivo compulsivo, atención primaria en salud, terapia de exposición y prevención de respuesta.*

Abstract

The role of the general practitioner in primary care it is vital, to achieve accurate and early detection and management of the patient with obsessive compulsive disorder, condition that is often misdiagnosed. Its recognition is important as to initiate appropriate treatment, with the appropriate referral to specialized professionals that have vast experience in psychotherapeutic therapies to treat this condition, as well to initiate pharmacologic treatment at optimal doses and maintenance of the treatment.

Key words: *obsessive compulsive disorder, primary health care, exposure and response prevention*

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por obsesiones o

compulsiones (o ambas) que son estresantes, consumen tiempo, o sustancialmente incapacitantes. Tiene una prevalencia del 1 a 3% en la población general. Las obsesiones son pensamientos,

imágenes o urgencias repetitivas y persistentes. Son pensamientos intrusivos, no deseados que causan distrés y ansiedad. La persona intenta ignorar o suprimir estas obsesiones con otro pensamiento o acción (ej. Una compulsión). Las compulsiones (o rituales) son comportamientos o actos mentales repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión. Las compulsiones están destinadas a neutralizar o reducir el discomfort de la persona o de prevenir un evento temido.

El diagnóstico de TOC generalmente requiere que los pensamientos obsesivos ocurran por más de 1 hora cada día. Además, las obsesiones relacionadas con el TOC no se inician y se detienen súbitamente con un evento específico. La edad de inicio aparece bimodal, con un inicio ya sea en la niñez (edad media aproximada de los 10 años) o durante la adolescencia o adultez temprana (con una edad media de inicio aproximadamente a los 21 años). El inicio es más temprano en niños que en niñas, mientras que el inicio durante o después de la pubertad es más común en las mujeres que en los hombres. El inicio posterior a los 30 años es inusual.

⁽⁶⁷⁾

Esta enfermedad es una de las que a pesar de su prevalencia estimada del 0.1%-3.1%, es de las que más subdiagnosticada permanece en la práctica clínica general en atención primaria en salud encontrándose estudios como por ejemplo en Holanda que revelan que en bases de datos de clínicas de atención primaria en salud se encontró una incidencia de aproximadamente el 0.016% y una

prevalencia del 0.14% de diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, observándose que este trastorno en atención primaria en salud es detectado en menos de 1/3 de los casos estimados de acuerdo a la prevalencia mundial con la que se cuenta en la actualidad. ⁽⁶⁸⁾

Un mal diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo resulta en tratamiento inadecuado, mayores costos relacionados al tratamiento y pobres resultados en cuanto a mejoría de los síntomas, incluyendo empeoramiento de los síntomas y abandono de tratamiento. Se sabe que aproximadamente un 26% de pacientes que cumplen criterios de TOC no son correctamente diagnosticados en un inicio. Esto lleva a un retraso entre el inicio de síntomas de TOC y el inicio del tratamiento de aproximadamente 10 años.

⁽⁶⁹⁾

Otro factor que influye en este retraso entre el inicio de síntomas e inicio de tratamiento efectivo, es la misma información que la población maneja sobre este trastorno. Encontrándose en un estudio hecho en E.E.U.U. que solo un 33% de la población evaluada pudo reconocer síntomas específicos de TOC tras darles a conocer 5 viñetas clínicas de casos de TOC. Viéndose también que uno de los principales factores que detienen a la población a la búsqueda de ayuda es la estigmatización, y falta de conciencia de enfermedad, a pesar de lo incapacitante que esta puede resultar ser en etapas avanzadas de la misma. ⁽⁷⁰⁾

Es por esta razón que el médico general juega un papel crucial en el reconocimiento de esta condición, en gestionar el acceso a

los tratamientos más efectivos y al seguimiento del paciente a lo largo del tiempo por la tendencia a la recaída del TOC. Es por lo anterior que se considera de importancia que en la práctica clínica de atención primaria en salud, que es el sitio donde se captan por primera vez la mayoría de estos pacientes, exista un reforzamiento de 3 puntos importantes que son: el reconocimiento, la referencia y el seguimiento de estos pacientes.⁽⁷¹⁾

RECONOCIMIENTO

El reconocimiento temprano y adecuado en el diagnóstico es un elemento clave en el tratamiento efectivo. Muchos pacientes se muestran renuentes a discutir sus síntomas, por eso el diagnóstico pasa desapercibido. Por lo que médicos deben ser vigilantes y proactivos en preguntar sobre síntomas de TOC en pacientes con síndromes afectivos y ansiosos, ya que esta condición es frecuentemente comórbida con estos trastornos. El TOC es altamente heredable y un 10% de familiares de primer grado de estos pacientes son afectados con TOC. Estudios recientes han identificado que individuos de familiares con TOC donde múltiples familiares son afectados, son menos propensos a buscar atención y tratamiento médico oportuno, por lo que se sugiere que el clínico debe prestar atención a la posibilidad de un TOC no tratado en familiares de pacientes diagnosticados con TOC, en donde puede ocurrir negación de la enfermedad. También es importante el tamizaje a través de instrumentos como el CIE-10 y el DSM 5.⁽⁷²⁾

Otras condiciones en las que el clínico debe mantenerse alerta son: abuso de sustancias, trastornos de alimentación, trastorno dismórfico corporal (ejemplo clásico son problemas dermatológicos secundarios al lavado de manos excesivo). Se dice que pacientes con depresión crónica que han respondido pobremente o fallado al tratamiento de múltiples esquemas farmacológicos y psicoterapias son pacientes en los que frecuentemente se encuentra el TOC y se mantiene oculto por los pacientes. Así como muchos médicos se encuentran familiarizados con las quejas más comunes en pacientes con TOC es importante tomar en cuenta las diferentes dimensiones del TOC, que pueden ser particularmente difíciles de reconocer en atención primaria en salud. Se habla de 5 dimensiones dentro de las que obsesiones y compulsiones frecuentemente coexisten.⁽⁷¹⁾

5 dimensiones del TOC ⁽⁷¹⁾
Obsesiones acerca de causar o prevenir el daño: compulsión de chequeo
Obsesiones con la simetría; rituales de conteo y orden
Obsesiones de contaminación; rituales de limpieza y lavado
Obsesiones repugnantes relacionadas con el sexo violencia y religión
Obsesiones de acumulación; compulsiones de coleccionar y retener objetos

El clínico en ocasiones necesita hacer preguntas directas para explorar tanto los pensamientos como los comportamientos a través de las 5 dimensiones. A continuación se provee una tabla que sugiere preguntas que ayudan a la revelación de estos síntomas, identificados en la literatura y

basados en conversiones con pacientes diagnosticados con TOC. Se recomienda que médicos en atención primaria en salud prueben una selección de estas preguntas hasta encontrar una combinación que se sienta congruente con lo anteriormente expuesto. Otra situación importante para que el paciente logre abrirse y hablar sobre síntomas que le causan molestia y vergüenza es realizar el correcto establecimiento de la relación médico-paciente, que puede resultar beneficioso para lograr una alianza y apego terapéutico.

(71)

Preguntas sugeridas al paciente ⁽⁷¹⁾
¿Usted chequea mucho las cosas?
¿Usted lava o limpia con frecuencia?
¿Usted hace actividades una y otra vez, a pesar de que no quiere hacerlo?
¿Se siente preocupado por poner las cosas en un orden específico o se molesta mucho por el desorden?
¿Hay algún pensamiento que lo molesta y del cual le gustaría deshacerse y no puede?
¿Tiene algunos rituales o rutinas que tiene seguir cada día?
¿Pensamientos molestos que pueden afectar su estado del humor o modo de vida; cree que esto le puede causar ansiedad?
¿Otras personas le dicen constantemente que su casa esta desordenado o que tiene problemas para botar objetos innecesarios?
¿Estos problemas le causan malestar?

Un estudio realizado en Turquía descubrió que, en atención primaria en salud, tras la capacitación adecuada de médicos generales y el proporcionarles plantillas de síntomas de cada trastorno de ansiedad más común. Se encontró que el trastorno que más logro identificarse fue el trastorno obsesivo compulsivo en un 89%. ⁽⁷³⁾ Se ha

evidenciado que de las dimensiones del TOC las que más presentan dificultad de ser identificadas por médicos generales son las relacionadas con pensamientos tabú como por ejemplo obsesiones sobre homosexualidad, obsesiones sexuales sobre niños, obsesiones agresivas y obsesiones religiosas, por lo que es importantes en cuenta estos pensamientos no frecuentemente evaluados, para lograr un reconocimiento más detallado y preciso del TOC. ⁽⁶⁹⁾

TRATAMIENTO Y REFERENCIA

Las opciones de tratamiento con mayor evidencia en el TOC son la terapia cognitiva conductual y la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS). Con respecto a la terapia cognitiva conductual, la única terapia psicológica con evidencia sustancial de base para TOC es la Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) con una tasa de respuesta del 83%. En cuanto a medicación en TOC se sabe que los IRSS son de primera elección con nivel de evidencia A1 en donde hay total evidencia de estudios controlados y un buen resultado en cuanto riesgo beneficio, principalmente a que presentan menores efectos secundarios en comparación con otro grupo de medicamentos de primera línea que son los antidepresivos tricíclicos dentro de estos principalmente la clomipramina. Es importante recordar que se recomienda utilizar un rango de dosis media a alta, y que se requiere un tratamiento a largo plazo a un nivel de dosis efectivo. (“la dosis que lo mantenga que lo haga sentir bien, lo mantiene bien). En TOC el tiempo en que se comienza a

observar respuesta al tratamiento farmacológico es más prolongado con respecto a otros trastornos de ansiedad, aproximadamente de 8 a 12 semanas. Un aproximado del 20-40% de los pacientes responden a la terapia farmacológica, una vez obtenida esa respuesta se recomienda mantenerla por lo menos de 6 a 12 meses.

(71, 74)

La ERP es diseñada para enseñar a los pacientes a confrontar sus miedos y detener rituales y evitación, mejorando su capacidad de tolerar lo incierto. El paciente crea una lista de sus obsesiones y compulsiones. Colocando las situaciones que le desencadenan obsesiones y por tanto compulsiones en un orden jerárquico desde la que menos le provoca a la que más provoca ansiedad. Luego se apoya al paciente a confrontar el estímulo que le causa ansiedad (exposición en vivo), o el pensamiento específico intrusivo, imágenes o dudas en su pensamiento (exposición a través de la imaginación). Esta confrontación se acompaña con prácticas para restringir y eventualmente cesar los rituales compulsivos. Se recomienda un total de 13 a 20 sesiones para lograr un tratamiento óptimo. Si se piensa en iniciar al paciente en tratamiento psicológico se recomienda referir a un terapeuta con experiencia específica en ERP. (71)

Terapia de exposición y prevención de respuesta (ERP)

La exposición involucra confrontar lo que se teme, usualmente graduado, específico y con tareas prolongadas

La prevención de rituales de respuesta es la cesación de todos los rituales, tanto de comportamiento como mentales

SEGUIMIENTO

Aunque el tratamiento para TOC es efectivo muchos pacientes solamente presentan remisión parcial de los síntomas y el curso de la enfermedad puede fluctuar con el tiempo, con causas no claras para el relapso de los síntomas. Otro papel importante del médico general en atención primaria en salud es la detección de TOC que requieren ayuda a largo plazo. Por tanto, es importante ser familiar con las obsesiones y compulsiones del paciente y su cambio en el tiempo así como el inicio de nuevos problemas. Una estrategia es realizar un plan de prevención individualizado del paciente que resalta potenciales estresores, desencadenantes y tareas de exposición que el paciente y el familiar deben tener en cuenta. El médico general juega un papel vital en alentar a los pacientes a mantener apego terapéutico tanto farmacológico como psicoterapéutico. (71)

BIBLIOGRAFÍA

1. Grant JE. Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder. The New England journal of medicine 2014; 371(7):646-53.
2. Veldhuis J, Dieleman JP, Wohlfarth T, Storosum JG, van den Brink W, Sturkenboom MCJM et al. Incidence and prevalence of "diagnosed OCD" in a primary care, treatment seeking, population. International journal of psychiatry in clinical practice 2012; 16(2):85-92.

3. Glazier K, Calixte RM, Rothschild R, Pinto A. High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 2013; 25(3):201-9.
4. Coles ME, Heimberg RG, Weiss BD. The public's knowledge and beliefs about obsessive compulsive disorder. *Depression and anxiety* 2013; 30(8):778-85.
5. Johnson C, Blair-West S. Obsessive-compulsive disorder--the role of the GP. *Australian family physician* 2013; 42(9):606-9.
6. Fineberg NA, Reghunandanan S, Simpson HB, Phillips KA, Richter MA, Matthews K et al. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry research* 2015; 227(1):114-25.
7. Kartal M, Coskun O, Dilbaz N. Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey. *BMC family practice* 2010; 11:30.
8. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International journal of psychiatry in clinical practice* 2012; 16(2):77-84.