

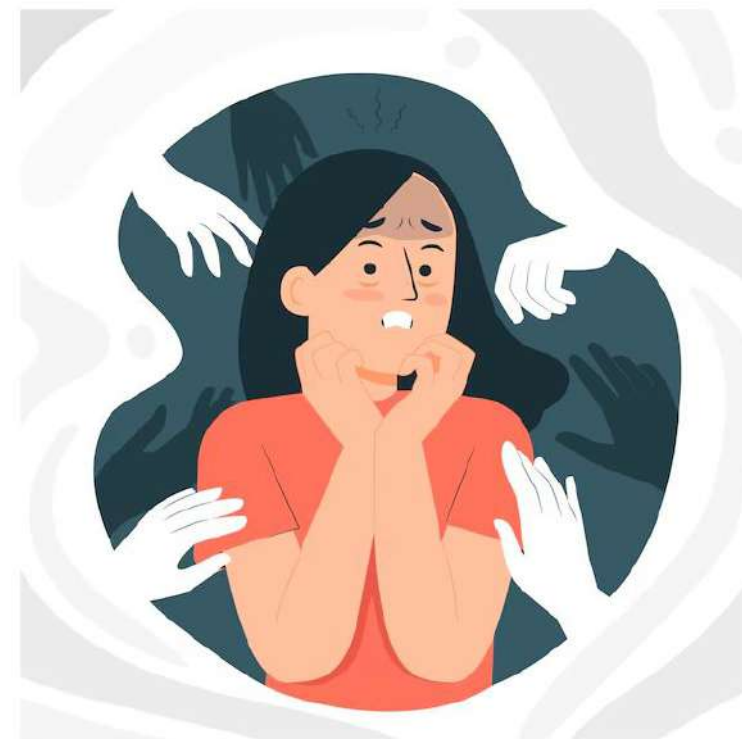
# MANEJO AGUDO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

**Claudia Arratibel Álvarez**  
Tutor: **Carlos Rehberg**



## ÍNDICE

- Definición
- Epidemiología
- Criterios diagnósticos
- Crisis de Pánico vs Ansiedad reactiva
- Psicofármacos en Urgencias psiquiátricas
- Derivación PSQ.



## Definición

### Sentimiento de terror y aprensión + síntomas somáticos

- Aparición brusca
- No claro desencadenante
- Inesperado y desbordante

La crisis alcanza un pico en 10 mins

- Resolución en 20-30 mins

*Crisis de pánico vs Trastorno de pánico*

Gran limitación en el desarrollo de act. diarias →

*ansiedad anticipatoria.*

*Con/Sin agorafobia.*



Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento



Derivación

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed

## Epidemiología

- Etiología desconocida.
- Prevalencia 1-3%
  - 3-8% de los pacientes atendidos en AP cumplen criterios dg de TP.
  - Demanda sanitaria x7 (retraso en el dg) 
- Distribución bimodal + Mujeres/Varones 2/1. 
- Comorbilidades para otras enfermedades PSQ (Depresión, Alcoholismo, intentos de suicidio).



Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed

## Criterios diagnósticos DSM V

**A. Ataques de pánico inesperados recurrentes. Un ataque de pánico es un episodio abrupto de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un pico en minutos, y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas:**

1. Palpitaciones, latidos cardíacos fuertes, taquicardia

2. Sudoración

3. Temblores

4. Disnea, sensaciones de sofocación

5. Sensaciones de ahogo/asfixia

6. Dolor o molestia precordial

7. Náuseas, molestias abdominales

8. Mareos, inestabilidad, sensación de desmayo

9. Escalofríos o sensaciones de calor

10. Parestesias (entumecimiento u hormigueo)

11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar desapegado de uno mismo).

12. Miedo de perder el control o de enloquecer

13. Miedo de morir



## Criterios diagnósticos DSM V

**B. Al menos uno de los ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:**

1. Preocupación persistente por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias
2. Un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).

**C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, abuso de una droga, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo, enfermedades cardiopulmonares).**

**D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental**



Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

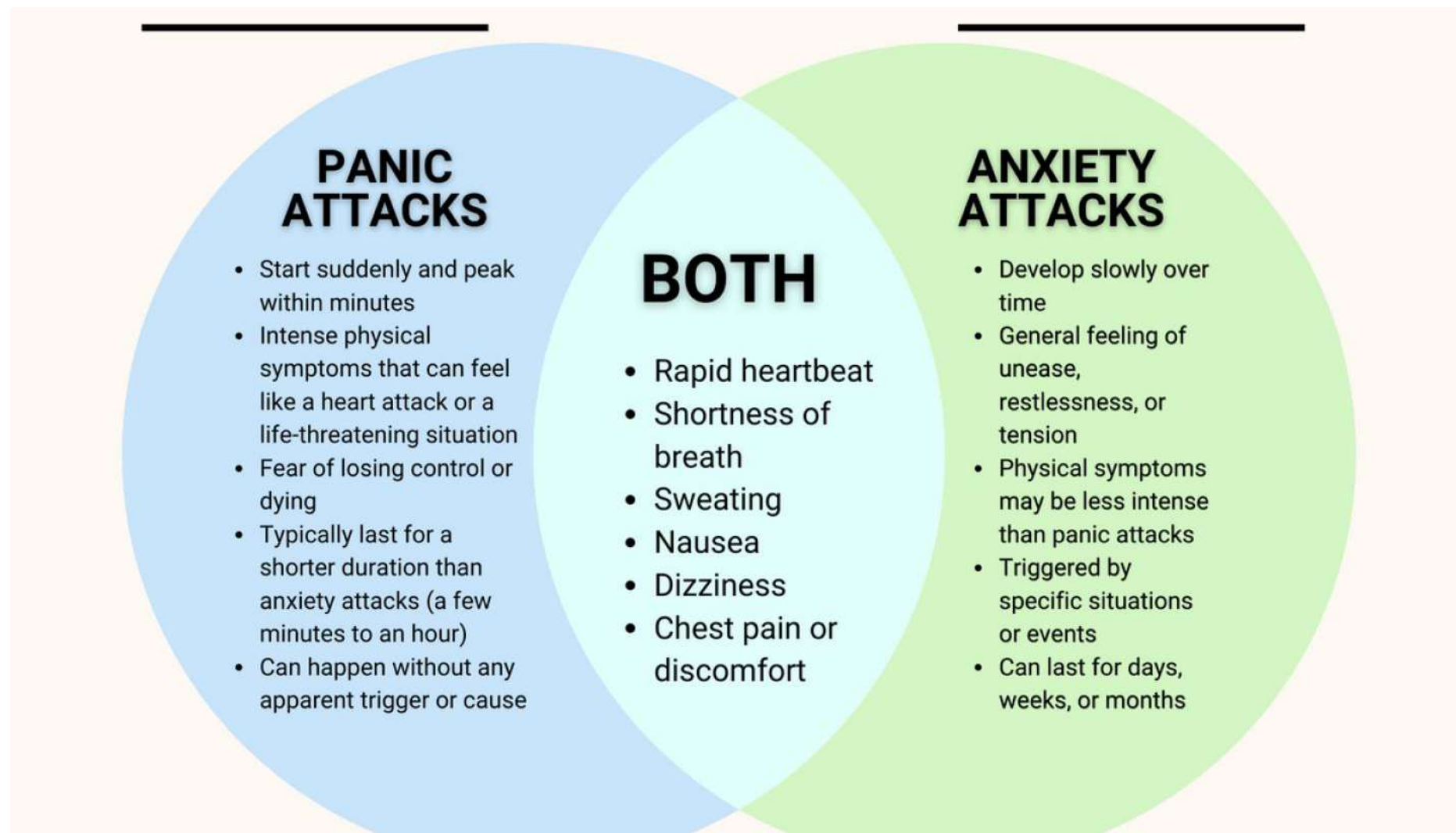
CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed

## Ansiedad reactiva vs Crisis de pánico

Definición  
Epidemiología  
Crit. dg  
Pánico/Ansiedad  
Tratamiento  
Derivación



CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed

Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

## Interrogatorio médico en emergencias: ante la sospecha de un paciente ansioso con/sin agorafobia que tenga al menos uno de los siguientes en el último mes

1. Preocupación por sufrir otro ataque
2. Preocupación por las consecuencias de otro ataque
3. Cambios significativos en el comportamiento
4. Ausencia o presencia de agorafobia
5. El ataque no se explica por consumo de sustancias o condición médica.

**CURSO**Actualización  
de Urgencias**2ª ed**

# Tratamiento inmediato:

Disminución el nivel de ansiedad: **BZP**

- Medidas de acción, conductuales y de apoyo
- Explicar la ausencia de hallazgos orgánicos.

1. Alprazolam 0.25-0.5mg con pauta de rescate si precisa a los 15-20 mins
2. Lorazepam 0.5-1mg con pauta de rescate si precisa.

# Tratamiento de mantenimiento:

## Farmacoterapia + Psicoterapia (TCC): ATENCIÓN PRIMARIA

A- ISRS: primera elección: mejoran los síntomas y disminuyen la frecuencia de las crisis.

- No existen diferencias clínicamente relevantes sobre la eficacia de los distintos ISRS.

B- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

C- Antidepresivos Tricíclicos (ATC).

Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed

# Puntos clave a tener en cuenta:

1. Las BZP, se asocian a un peor resultado a largo plazo y **NO** deben prescribirse para el tto del TP.
2. Los antidepresivos deben ser la única intervención farmacológico a largo plazo. ISRS y ATC.

*Cuando no existe respuesta al tratamiento con un ISRS a dosis efectivas, puede intentarse cambiar a otro ISRS, puesto que una respuesta deficiente con un ISRS no predice el fracaso de un segundo ISRS.*

*Cuando se sustituyen fármacos normalmente administramos los dos tratamientos conjuntos durante algunas semanas, pautando de forma ascendente y gradual el segundo fármaco para disminuir y retirar el primero en 2-4 semanas*

# Derivación a PSQ:

- Cuando exista dificultad o duda diagnóstica.
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica.
- Riesgo de suicidio (derivación urgente).
- Clínica persistente de ansiedad durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo.
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral).

Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

**CURSO**Actualización  
de Urgencias**2ª ed**

Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

**Derivación**

<https://quizizz.com/admin/activity/classic/67be3ef66906e3b97f3cd91e>

**CURSO**

Actualización  
de Urgencias

**2ª ed**

# Bibliografía

- **Guía NICE - Ansiedad: Tratamiento de la ansiedad (trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizada) en adultos (2023)**
- **Orientaciones del NICE sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico (2019)**
- **Psicofármacos en urgencias psiquiátricas. Rafael Manuel Gordillo Urbano, Juan Luis Prados Ojeda. SEDUP. (2022)**
- **Guía clínica de crisis de pánico - Fisterra (2019)**
- **Criterios Diagnóstico DSM-V para el Trastorno de Pánico, Guillermo Firman (2020)**

# ¿Cómo podemos diferenciar entre crisis pánico vs ansiedad?

- a. AP inicio gradual sin desencante claro y más frecuente varones
- b. AP inicio brusco con desencadenante claro y nunca presentan agorafobia
- c. AP inicio brusco sin desencadenante y con frecuente comorbilidad psq

# ¿Cómo podemos diferenciar entre crisis pánico vs ansiedad?

a. AP inicio gradual sin desencante claro y más frecuente varones

b. AP inicio brusco con desencadenante claro y nunca presentan agorafobia

c. AP inicio brusco sin desencadenante y con frecuente comorbilidad psq

# ¿Qué afirmación no cumple los criterios DSM-V del TP?

- a. crisis inesperadas, recidivantes con cambios significativos en el comportamiento
- b. crisis inesperadas, recidivantes y miedo a "volverse loco"
- c. crisis inesperadas, recidivantes, sin preocupación por reaparición reiterada de otra crisis.

# ¿Qué afirmación no cumple los criterios DSM-V del TP?

- a. crisis inesperadas, recidivantes con cambios significativos en el comportamiento
- b. crisis inesperadas, recidivantes y miedo a "volverse loco"
- c. crisis inesperadas, recidivantes, sin preocupación por reaparición reiterada de otra crisis.**

# En cuanto al tratamiento en fase aguda, cual es la falsa...

- a. Debemos esperar a tener todas las pruebas complementarias ante la sospecha de ataque de pánico.
- b. el tratamiento de elección en la fase aguda es una bzp de acción rápida.
- c. es importante explicar al paciente la ausencia de organicidad.

Definición

Epidemiología

Crit. dg

Pánico/Ansiedad

Tratamiento

Derivación

**CURSO**Actualización  
de Urgencias**2ª ed**

## En cuanto al tratamiento en fase aguda, cual es la falsa...

- a. Debemos esperar a tener todas las pruebas complementarias ante la sospecha de ataque de pánico.**
- b. el tratamiento de elección en la fase aguda es una bzp de acción rápida.
- c. es importante explicar al paciente la ausencia de organicidad.

# Ante la sospecha de AP.

- a. Debemos interrogar acerca del consumo de tóxicos y medicación habitual.
- b. Nunca debemos preguntar acerca de la ideación suicida, no vaya a ser que alentemos al paciente a ello.
- c. No debemos realizar ECG, ya que reforzamos la idea de presencia patología orgánica en el paciente. Basta con tranquilizar al paciente.

# Ante la sospecha de AP.

- a. Debemos interrogar acerca del consumo de tóxicos y medicación habitual.
- b. Nunca debemos preguntar acerca de la ideación suicida, no vaya a ser que alentemos al paciente a ello.
- c. No debemos realizar ECG, ya que reforzamos la idea de presencia patología orgánica en el paciente. Basta con tranquilizar al paciente.