

## 1. PROPÓSITO

Unificar el manejo de todo paciente que consulte por cuadro de ansiedad breve, con alteraciones somáticas que le impida por el malestar, relacionarse con el entorno.

## 2. ALCANCE

Esta guía se aplica para todo personal asistencial, que trabaje en el servicio de urgencias.

## 3. DEFINICIONES

**ATAQUE DE PANICO**, Definido por el DSM-V, como un tipo de ansiedad especial cuya duración es breve. El paciente consulta porque: “siente que se muere”, “No puedo respirar”. Se caracteriza por periodo discreto de intenso miedo o malestar en el cual hay cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones o taquicardia; diaforesis; temblor; sensación de ahogo; dolor precordial; sensación de mareo, desequilibrio o desmayo; despersonalización; miedo a perder el control.

Tres ataques de pánico en un periodo de un mes configuran un trastorno de pánico y puede acompañarse de agorafobia.

**EPIDEMIOLOGIA**, Se presenta más en mujeres sin diferencia étnica, económica o geográfica. Comienza después de los 20 años y desencadenada por una situación estresante. En la mayoría de los casos, las personas no pueden relacionar su primer ataque con ninguna situación de su vida. Son propensas a sufrir adicionalmente depresión o abuso de alcohol o drogas.

## 4. CONTENIDO

**4.1 Interrogatorio Médico Emergencias** sospecha clínica del paciente ansioso con o sin agorafobia que tenga al menos uno de los siguientes en el último mes:

- Preocupación de sufrir otro ataque
- Preocupación por las consecuencias de otro ataque
- Cambios significativos en el comportamiento
- Ausencia o presencia de agorafobia
- El ataque no es debido al efecto de una sustancia o una condición médica

Según su intensidad el trastorno puede ser:

- **Leve**: un solo episodio aislado
- **Moderado**: sin comorbilidad asociada o disfunción social, laboral o personal
- **Severo**: cuando hay comorbilidad y disfunción importante.

Descarte, registre y documente que no hay problemas cardiovasculares, pulmonares, neurológicos, endocrinos, intoxicación o abstinencia.

**4.2 Examen físico:** registre hallazgos y describa condición clínica.

Signos en el examen físico: Los signos vitales pueden estar alterados, pero debe enfocarse en la realidad que el paciente maneja con respecto a su interrogatorio y la respuesta que se produce con la confrontación de las consecuencias a un ataque de pánico en el paciente.

**4.3 Solicitud de paraclínicos: Médico Emergencias:** racionalice lo que necesite para descartar las patologías asociadas que le produzcan riesgo. No hay un laboratorio especial no se pierda pidiendo cosas.

**4.4 Criterios para interconsulta:**

**Médico Emergencias:** Solicite interconsulta a psiquiatría, recuerde que la terapia demostrada es la psicoterapia cognitiva y algo de farmacoterapia. (benzodicepinas y antidepresivos). No necesitan ser hospitalizados pero si enfocados correctamente. No caiga en el error de esperar organicidad más allá de 12 horas. No existe criterios ni evidencia sobre la necesidad de observar a estos pacientes por 72 horas.

**4.5 Manejo Emergencias:** Recibe paciente con ansiedad y sospecha de ataque de pánico. Realiza abordaje de estabilización descartando patología orgánica en menos de 2 horas y sicoterapia de apoyo de emergencias, inicio de inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina 20 mg/día) y control por consulta externa. Si el cuadro es más dramático inicie antidepresivos tricíclicos (Imipramina 75 mg/día) puede escalar a alprazolam 0.5 mg/día, mientras resuelve su cuadro en urgencias y el especialista decide el egreso.

**4.6 Indicaciones de egreso:** El paciente debe ser manejado por especialista y es criterio de este la conducta siguiente, pero recuerde que las recomendaciones con una buena información en estos pacientes pueden evitar el reingreso.

## 5. ALGORITMO

No Aplica

## 6. BIBLIOGRAFIA

6.1 Cloos JM. The treatment of panic disorder. Curr Opin in Psychiatry 2005; 18:45-50

6.2 Jufe G. psicofarmacología práctica 1° Ed. Buenos Aires. Poleros 2001

6.3 Leveson JL. Textbook of Psychosomatic Medicine. First Edition. Washington. American Psychiatric, Inc 2005

6.4 Guías Colombianas de Urgencias, Ministerio Salud 2009

## 7. ANEXOS

Ninguno