



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DIRECCION GENERAL



Nº 150 -DG/HHV-2021

Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de noviembre de 2021

VISTO:

El expediente 21MP- 05400-00 y el Memorandum N° 260-OGC-HHV-2021; sobre aprobación del "Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento de Crisis de Ansiedad en Emergencia", del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Ley N° 30947 se aprueba la Ley de Salud Mental, cuyo artículo 1° numeral 1.1 establece que tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad;

Que, con el documento de visto el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, solicita aprobación del referido Protocolo, el cual en el rubro II. Objetivo, señala: "Estandarizar el abordaje de la crisis de ansiedad en la emergencia del HHV brindando parámetros que permitan garantizar la calidad de la atención y la homogeneidad del tratamiento, en base a la evidencia más reciente";

Que, el artículo 25° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", establece que el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, es la unidad orgánica encargada de lograr la atención de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, breve e intermedia a pacientes en fase aguda o de reagudización; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Lograr que el paciente atendido en consultorios externos y Hospitalización reciba en forma óptima los diversos recursos de la atención integral a su salud" y "Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención médico psiquiátrica de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad", entre otros;

Que, mediante Memorandum N° 260-OGC-HHV-2021, del 20 de agosto del 2021, la Oficina de Gestión de la Calidad emite opinión favorable al citado Protocolo, por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán; aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Oficina Ejecutiva de Administración, Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar el **PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CRISIS DE ANSIEDAD EN EMERGENCIA**, del Hospital Hermilio Valdizán; el mismo que consta de (16) páginas y (1) Anexo, formando parte integrante de la presente Resolución.





Artículo 2°.- El Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, queda encargada de la Difusión e Implementación del indicado Protocolo, de lo cual informará a la Dirección General periódicamente sobre el desarrollo del mismo.

Artículo 3°.- DISPONER a la Oficina de Estadística e Informática, efectúe la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

.....
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P Nº 21499 B.N.E. 12799



GLCV
Distribución
OEA
SDG
OCI
OAJ
UFGRD
INFORMATICA

Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia



Líder en Psiquiatría y Salud Mental

2021

Responsables de la elaboración:

- Luis Miguel Peralta Carmelino*
- Julio Gabriel Pomareda Llanos*

***Médico Psiquiatra del Hospital Hermilio Valdizán**

No existen conflictos de intereses en los autores.

Hospital Hermilio Valdizán

Dirección: Carretera Central km. 3.5, Santa Anita

Web: <http://www.hhv.gob.pe/>

Teléfono: 01 748-1990

Contenido

Introducción	3
I. Finalidad	4
II. Objetivo	4
III. Ámbito de aplicación.....	4
IV. Proceso o procedimiento a estandarizar:	4
IV.1. Nombre y código.....	4
V. Consideraciones generales.....	6
V.1. Definición.....	6
V.2. Etiología	6
V.3. Fisiopatología.....	7
V.4. Aspectos epidemiológicos	7
V.5. Factores de riesgo asociados.....	8
VI. Consideraciones específicas:	8
VI.1. Cuadro clínico	8
VI.2. Diagnóstico y diagnóstico diferencial.....	8
VI.3. Exámenes auxiliares.....	9
VI.4. Manejo.....	9
VI.4.1... Medidas generales.....	9
VI.4.2... Terapéutica	9
VI.4.3... Efectos adversos de la medicación	10
VI.4.4... Signos de alarma	11
VI.4.5... Criterios de ingreso y de alta	11
VI.4.6... Pronóstico	11
VI.5. Complicaciones	11
VI.6. Criterios de referencia	11
VI.7. Flujograma	12
VII. Anexos	13
VIII. Referencias bibliográficas.....	14

Introducción

Si bien las crisis de ansiedad son un problema de presentación bastante frecuente en la emergencia de psiquiatría lo que justificaría el presente documento, en la actualidad, dicho problema cobra importancia coyuntural, pues las crisis de ansiedad se han asociado con la pandemia del SARS-CoV-2, o conocido como COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019). Los síntomas respiratorios informados por los pacientes son frecuentes y son experimentados como altamente inductores de ansiedad (miedo a la asfixia, miedo a las consecuencias de la infección). Se ha visto así, que más allá del impacto fisiológico respiratorio que pueda tener, en aquellos que se llegan a infectar, puede inducir graves consecuencias psicológicas, como, por ejemplo: ataques de pánico. Aunque, curiosamente, no se cuenta hasta la fecha con literatura que reporte estadísticas entre ambas situaciones, es innegable la importancia del componente respiratorio en la ansiedad y ya desde hace varios años, se reporta que existe un vínculo entre la recurrencia de los ataques de pánico en el contexto de un trastorno de pánico y una potencial enfermedad de etiología respiratoria¹.

Finalmente, debemos mencionar que, el acto médico se basa en la evaluación integral teniendo en cuenta la individualidad de cada uno, por lo que, lo que pretende este protocolo es brindar ciertos parámetros que permitan garantizar la calidad de la atención y la homogeneidad del tratamiento, en base a la evidencia más reciente.

I. Finalidad:

El propósito de este documento es garantizar que la atención de las crisis de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Hermilio Valdizán (HHV), se realicen con eficiencia y eficacia

II. Objetivo:

Estandarizar el abordaje de las crisis de ansiedad en la emergencia del HHV brindando parámetros que permitan garantizar la calidad de la atención y la homogeneidad del tratamiento, en base a la evidencia más reciente.

III. Ámbito de aplicación:

El presente protocolo es de aplicación en el Servicio de Emergencia del HHV.

IV. Proceso o procedimiento a estandarizar:

IV.1. Nombre y código

La crisis de ansiedad no está considerada como una enfermedad específica, es más bien un conjunto de síntomas que pueden presentarse en varios trastornos, por lo tanto, no tiene un código específico en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)³.

Entre los diagnósticos que son motivo de emergencia, en los que pueden presentarse crisis de ansiedad, tenemos:

- Tensión y Estado de Choque emocional, no especificado (R45.7)
- Preocupación indebida por sucesos que causan tensión (R46.6)
- Nerviosismo (R45.0)

Si bien cualquier trastorno mental puede cursar con síntomas ansiosos de intensidad variable⁴, hay algunos en los que es muy frecuente que aparezcan las crisis de ansiedad, los cuales citaremos a continuación⁵:

Trastorno de pánico (CIE-10: F41.0)

Entidad que se caracteriza por crisis intensas de angustia, que aparecen de manera espontánea y son recurrentes, llamadas también crisis de pánico. Éstas, son acompañadas de síntomas como: cefalea, mareos, palpitaciones, sensación de falta de aire, palpitaciones, dolor de pecho, náuseas, sudoración, parestesias, temblor de extremidades, despersonalización o desrealización, sin que estos síntomas sean parte de otro trastorno físico, mental o como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Las crisis de pánico pueden durar alrededor de 10 a 30 minutos, teniendo resolución espontánea.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (CIE-10: F41.1)

- Ansiedad y preocupación excesivas y difíciles de controlar (expectativa aprensiva) acerca de múltiples eventos o actividades (por ejemplo: dificultades escolares / laborales).
- Acompañado de síntomas como inquietud / sensación de nerviosismo o tensión muscular.

Agorafobia (CIE-10: F40.0)

- Miedo o ansiedad marcados e irrazonables acerca de una situación.
- Evitar activamente la situación temida debido a pensamientos de los que escapar puede ser difícil o no hay ayuda disponible si se presentan síntomas similares a los del pánico.

Fobias específicas (CIE-10: F40.2)

Aquí las crisis pueden presentarse ante la aparición del estímulo fóbico. Miedo o ansiedad marcados e irrazonables ante un objeto o situación específica, que se evita activamente (por ejemplo, volar las alturas, los animales, recibir una inyección, ver sangre).

Fobia social (CIE-10: F40.1)

- Miedo o ansiedad marcados, excesivos o poco realistas sobre situaciones sociales en las que existe una posible exposición al escrutinio de otros
- Evitación activa de la situación temida.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (CIE-10: F43.1)

- Exposición a una muerte real o a una amenaza de muerte, a una lesión grave o a una violación sexual.
- Síntomas de intrusión (por ejemplo, recuerdos o sueños angustiosos, flashbacks, angustia intensa) y evitación de estímulos asociados con el evento.
- Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (por ejemplo, creencias y emociones negativas, desapego), así como marcadas alteraciones de la excitación y la reactividad (por ejemplo, comportamiento irritable, hipervigilancia).

Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) CIE-10: F42)

- Obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados y que causan una marcada ansiedad o angustia.
- Compulsiones: conductas repetitivas (por ejemplo, lavarse las manos) o actos mentales (por ejemplo, contar) que el individuo se siente impulsado a realizar para reducir la ansiedad generada por las obsesiones. a realizar para reducir la ansiedad generada por las obsesiones.

V. Consideraciones generales

V.1. Definición

Crisis de ansiedad es la vivencia personal que se experimenta como una aparición súbita y desagradable de ansiedad, que usualmente se acompaña de síntomas neurovegetativos e intranquilidad motora^{1,4,5}. Dentro de las crisis de ansiedad, destaca un tipo específico: las crisis de pánico. Éstas, como se menciona en el acápite anterior, pueden presentarse en varias patologías con un código CIE-10 propio.

V.2. Etiología

Si bien la ansiedad es normal, pues aparece ante situaciones que se consideran como un peligro (una consideración personal y subjetiva, la mayoría de las veces), la ansiedad se torna patológica cuando genera disfunción en la vida de la persona, ya sea por la frecuencia o la intensidad^{1,4,5}.

Como todos los problemas de salud mental, el origen de la ansiedad patológica es multifactorial, no teniendo una etiología única.

Ahora, dentro de las presentaciones de ansiedad patológica, tenemos a las crisis de ansiedad, las cuales pueden ser parte tanto de problemas de salud mental como de problemas físicos o como resultado de consumo de algunas sustancias psicoactivas.

Entonces, las crisis de ansiedad pueden darse dentro del contexto de patologías de salud mental como las mencionadas en el punto 4.1:

Trastorno de pánico, TAG, Agorafobia, Fobias específicas, Fobia Social, TEPT, TOC, entre otras.

Dentro de las enfermedades físicas en las que podemos encontrar síntomas de ansiedad como parte de su cuadro clínico, tenemos⁶:

- Enfermedades cardiovasculares: angina, insuficiencia cardiaca congestiva, hiperreactividad B-adrenérgica.
- Enfermedades neurológicas: enfermedad cerebrovascular, epilepsia, corea de Huntington, encefalitis, enfermedad de Menière, migraña, esclerosis múltiple, tumor cerebral, enfermedad de Wilson.
- Enfermedades pulmonares: asma, embolia pulmonar, **COVID-19**.
- Enfermedades endocrinas: enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, síndrome paraneoplásico, Diabetes Mellitus, hipertiroidismo, hipoglucemia, hipoparatiroidismo, feocromocitoma.
- Enfermedades reumatológicas: Lupus eritematoso sistémico, arteritis de la temporal.
- Otras: anemia, anafilaxia, deficiencia de vitamina B12, trastornos electrolíticos, intoxicación por metales pesados, infecciones, uremia.
- Dentro de las sustancias que pueden generar crisis de ansiedad, tenemos: cafeína, nicotina, anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, marihuana, corticoesteroides, alucinógenos, o en casos de abstinencia de alcohol, benzodiacepinas y opiáceos.

V.3.Fisiopatología

Si bien los síntomas físicos son producto de una desregulación del sistema Nervioso autónomo. El origen de esta desregulación se da a nivel central. Los estudios de imágenes han identificado el hipocampo, la corteza prefrontal mediana, la amígdala y sus proyecciones en el tronco del encéfalo como una red central anormalmente sensible en el trastorno de pánico. Las estructuras del tronco encefálico, implicadas en los síntomas respiratorios del trastorno de pánico son: la sustancia gris periacueductal como sistema central de alarma de asfixia y el núcleo parabraquial, conectado a la “red del miedo” en particular por la amígdala, que controla la frecuencia respiratoria^{1,4}.

La amígdala cerebral, actúa como un gatillo, lo cual desencadena la crisis de ansiedad a nivel central y periférico. El *locus coeruleus*, con su elevada actividad adrenérgica, potencia la respuesta completa de síntomas propios de la crisis de ansiedad. Además de estas estructuras, intervienen: el núcleo parabraquial, el cual incrementa la frecuencia respiratoria y se asocia a las sensaciones de disnea; el hipocampo, encargado de conservar la memoria de los eventos condicionantes asociados y desencadenantes de las crisis de pánico y que facilitan la producción de nuevas crisis. Las vías de estos centros se relacionan mediante neurotransmisores como: el ácido gamma-aminobutírico, la serotonina, la noradrenalina, la colecistocinina, entre otros^{1,4,6}.

V.4.Aspectos epidemiológicos

El carácter heterogéneo y multicausal no permite que se tengan datos precisos de este problema, sin embargo, el INSM – HD-HN, reporta que en el año 2012 se dieron 1754 atenciones de emergencia por síntomas ansiosos o depresivos, de un total de 6423; para el año 2018 se reporta allí mismo que el tercer lugar de las atenciones más frecuentes, lo ocupan los trastornos de ansiedad. Específicamente en el área de emergencia se reporta que los síntomas ansiosos junto con los depresivos ocupan el segundo lugar de atención. En un estudio hecho por la misma institución, se encontró que, en Abancay, la prevalencia de los trastornos mentales entre el 2010 y el 2016 se ha mantenido estable, excepto por un leve incremento de la prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad. En cuanto al trastorno de pánico, una de las principales entidades relacionadas al problema en mención, la literatura actual reporta que la prevalencia de éste, va de 1 a 4%, con su edad de inicio, generalmente, a los 25 años 3. En nuestro país la cifra hallada en un estudio el año 2002 fue de 1.2%^{6,7,8,9}.

Es necesario mencionar que, dentro de la medicina popular o tradicional, se identifica como síndrome clínico popular: el “susto”, como entidad que cursa con síntomas que se han relacionado con trastornos de ansiedad y depresión⁹, entidad que no registra cifras, pero que es conveniente tener en cuenta.

El último año se ha hablado mucho sobre el incremento de los síntomas de ansiedad debido a la pandemia del COVID-19; de esto se ha encontrado que:

las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento¹⁰. Por lo que podría pensarse que las crisis de ansiedad pueden haber tenido un incremento de presentación en el último año, pese a que aún no hay cifras sobre esto, pero sí indicios como el aumento de la demanda en la atención en salud¹¹.

V.5. Factores de riesgo asociados

Como se ha señalado en la sección de 5.2 (Etiología), las causas de una crisis de ansiedad pueden ser muchas, por lo que tener una de las patologías o consumir una de las sustancias mencionadas allí, vienen a ser los factores de riesgo para presentar una crisis de ansiedad. En cuanto a los factores de riesgo comunes, para presentar una crisis de ansiedad⁵:

- Antecedentes familiares de ansiedad
- Antecedentes personales de ansiedad o trastornos del estado de ánimo
- Traumas o sucesos estresantes de la vida en la infancia
- Sexo femenino
- Enfermedad médica crónica
- Inhibición del comportamiento

VI. Consideraciones específicas

VI.1. Cuadro clínico

Si bien el cuadro clínico variará de acuerdo a la etiología, la mayoría de veces será identificable porque la persona presentará como síntomas: ansiedad intensa que ha aparecido de manera aguda, acompañado de alguno de los siguientes signos: cefalea, mareos, palpitaciones, sensación de falta de aire, dolor de pecho, náuseas, sudoración, parestesias, temblor de extremidades, despersonalización o desrealización^{4,5,6}.

VI.2. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico de una crisis de ansiedad es clínico^{4,5,6}, no existen hasta el momento exámenes auxiliares específicos para éste. Será necesario considerar como diagnóstico diferencial, las patologías mencionadas en la sección 5.2 (Etiología).

Comorbilidad:

Como hemos mencionado en la etiología, las enfermedades en las que puede darse una crisis de ansiedad son variadas, siendo posible que pueda existir más de un problema de salud, por lo que será necesario realizar una historia clínica adecuada. Además, se conoce que más del 90% de las personas con crisis de pánico recurrentes, tienen agorafobia. Otros trastornos mentales

asociados, son: la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, los problemas fóbicos, el TOC, trastornos de la personalidad.

VI.3. Exámenes auxiliares

Como mencionamos, la etiología podría ser una enfermedad física, por lo que, ante una crisis de ansiedad, y según criterio clínico del experto (Grado de solidez de evidencia B), pueden solicitarse los siguientes exámenes⁶:

- Glicemia: si hay sospecha de hipoglucemia
- Pruebas de función tiroidea: si hay sospecha de hipo o hipertiroidismo
- Dosaje de vitamina B12: si hay sospecha de deficiencia de esta vitamina
- Metabolitos para marihuana o cocaína: si hay sospecha de su consumo
- Electroencefalograma: si hay sospecha de epilepsia
- Electrocardiograma: si hay sospecha de cardiopatía
- RMN o TC cerebral: ante la sospecha de una lesión cerebral

VI.4. Manejo

VI.4.1. Medidas generales

Ante cualquier persona que acuda al servicio de emergencia presentando una crisis de ansiedad, el personal intentará tranquilizarla con la orientación adecuada, buscando alejarla de o evitando situaciones molestas y mostrando comprensión de sus síntomas. No se debe minimizar, menos descalificar lo que la persona refiera sentir, a pesar que “no parezca”^{4,5,6}.

Una vez identificada la persona, por esta misma o por quien acompañe, el tratamiento médico debe ser inmediato en casos de síntomas intensos.

La evaluación previa al tratamiento, siempre debe incluir: medida de funciones vitales, pesquisa sobre enfermedades y tratamientos que esté recibiendo y consumo de sustancias psicoactivas.

Es necesario descartar una patología orgánica que explique la sintomatología, antes de establecer un diagnóstico psiquiátrico^{4,5,6}.

VI.4.2. Terapéutica

Una vez que se han establecido las medidas generales, el tratamiento de las crisis de ansiedad que no tengan como causa una enfermedad física, es el siguiente:

VI.4.2.1. Tratamiento inicial

Si los síntomas de la crisis de ansiedad son intensos, puede ser necesario el uso de una Benzodiacepina endovenosa como Diazepam a dosis de 5 a 10 mg aplicado en forma lenta. Se puede

usar también Midazolam a dosis de 5 a 10 mg aplicado de forma intramuscular. Como alternativa no parenteral, se puede usar el Clonazepam de 0.25 a 0.5 mg de manera sublingual, cuando los síntomas lo permitan o ante la imposibilidad de un abordaje endovenoso.

En caso aún no se descarte la organicidad de la crisis, es decir, si existe una patología física causante, debe evitarse la sedación excesiva, usando la menor dosis posible de benzodiazepinas. Considerar que, si la persona es consumidora crónica de benzodiazepinas, será necesario usar dosis mayores. Este tipo de fármacos no deben usarse más de 3 meses, pues tienen riesgo de dependencia^{4,5,6}.

Si se identificara como diagnóstico: trastorno de pánico, se deberá iniciar un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), como: fluoxetina, sertralina, paroxetina, acompañados inicialmente de unos días con benzodiazepinas. Debe evitarse el uso de antipsicóticos, pues presentan más riesgos que beneficios^{4,5,6}.

VI.4.2.2. Tratamiento de mantenimiento

De acuerdo al diagnóstico, el tratamiento de mantenimiento variará, por lo que, si se tratara de trastorno de pánico, el tratamiento debe continuarse hasta por 1 año, luego del control de los síntomas. Se debe, además, complementar la terapia farmacológica con la psicoterapia cognitivo conductual^{4,5,6}.

En casos de gestación, no se recomienda el uso de benzodiazepinas, ni en el embarazo ni en la lactancia. Los ISRS son seguros, por lo que, si ameritan su uso, se tendrán que indicar^{6,13,14}.

En caso de la población adulta mayor, es necesario tener en cuenta que las benzodiazepinas tiene alteradas su farmacocinética y farmacodinamia^{6,13,14}.

La terapia cognitivo conductual se puede administrar eficazmente como terapia individual o grupal para la mayoría de los trastornos de ansiedad y relacionados⁵

Dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales, realizadas por personal entrenado, se puede considerar:

Exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Anime a los pacientes a enfrentar los miedos • Los pacientes aprenden información correctiva a través de la experiencia • La extinción del miedo ocurre a través de la exposición repetida • El afrontamiento exitoso mejora la autoeficacia
Inhibición de la respuesta de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes restringen sus comportamientos habituales para reducir la ansiedad (p. Ej., Escapar, necesidad de tranquilidad) <ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el refuerzo negativo • Hacer frente a la ansiedad sin utilizar un comportamiento que reduzca la ansiedad mejora la autoeficacia
Estrategias cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • La reestructuración cognitiva, los experimentos conductuales y las estrategias relacionadas se dirigen a la percepción exagerada del peligro de los pacientes (p. Ej., Miedo a una evaluación negativa en el SAD) • Proporciona información correctiva sobre el nivel de amenaza • También puede apuntar a las creencias de autoeficacia
Manejo de la excitación	<ul style="list-style-type: none"> • Las habilidades de relajación y control de la respiración pueden ayudar al paciente a controlar el aumento de los niveles de ansiedad
Entrega de señales de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente renuncia a las señales de seguridad (p. Ej., Presencia de un acompañante, conocimiento de la ubicación del baño más cercano) • Los pacientes aprenden creencias de autoeficacia adaptativa

Fuente: Katzman et al.

VI.4.3. Efectos adversos de la medicación

Benzodiacepinas

Dependiendo de la dosis, pueden generar somnolencia, lo que debe advertirse a quienes conducen automóviles o maquinaria.

Es necesario tener presente que las benzodiazepinas presentan un riesgo conocido de inducir depresión respiratoria, que debe recordarse, pero no sobredimensionarse, especialmente en el contexto de la pandemia del SARS-CoV-2¹.

Finalmente, se debe advertir el riesgo de dependencia que existe con su uso excesivo o crónico^{1,4,5,6}.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Podrían producir como efectos secundarios: palpitaciones, sudoración, temblor distal, cefalea, náuseas, aumento de apetito, insomnio y disfunción sexual. Incluso se puede a veces, confundir la sintomatología con el trastorno original. Excepto por la Fluoxetina, los ISRS pueden generar síndrome de discontinuación cuando se suspenden bruscamente^{4,6}.

Entre los síntomas de la infección viral, pueden aparecer diarrea y vómitos e inducir una fuga de potasio, lo que podría generar hipopotasemia, situación que será necesario valorar en caso haya antecedente de asma pues el uso de beta agonistas puede tener un efecto adverso a nivel cardíaco, sobre todo si se asocia a Escitalopram¹.

VI.4.4. Signos de alarma

Se deberá considerar como signo de alarma, todo síntoma o signo que se identifique en el examen del paciente, que oriente a un diagnóstico de patología orgánica, según lo explicado en la parte de Etiología (2.2). Ello implica evaluar el contexto y los antecedentes comórbidos así como posibles escenarios súbitos de riesgo alto e inminente de fallecimiento como ¹⁶:

Hipotensión

Taquicardia

Taquipnea, insuficiencia respiratoria o alcalosis respiratoria

Encefalopatía, ansiedad o agitación.

Oliguria

Acidosis láctica

Extremidades frías, cianosis, livedoreticularis

Valores bajos de saturación de oxihemoglobina venosa central o venosa mixta

VI.4.5. Criterios de ingreso y de alta

Las crisis de ansiedad, de origen no orgánico, no suelen requerir internamiento. Una vez resuelta la crisis, la persona podrá continuar su manejo de manera ambulatoria.

VI.4.6. Pronóstico

Dependerá del diagnóstico principal. Algunos diagnósticos como el trastorno de pánico, son crónicos. En el caso de el mencionado, la evolución es variable, aunque se ha observado que casi un tercio de las personas permanece sin síntomas a largo plazo, alrededor de la mitad mantiene síntomas leves que no limitan su funcionalidad y un pequeño porcentaje restante mantiene síntomas importantes^{4,6}.

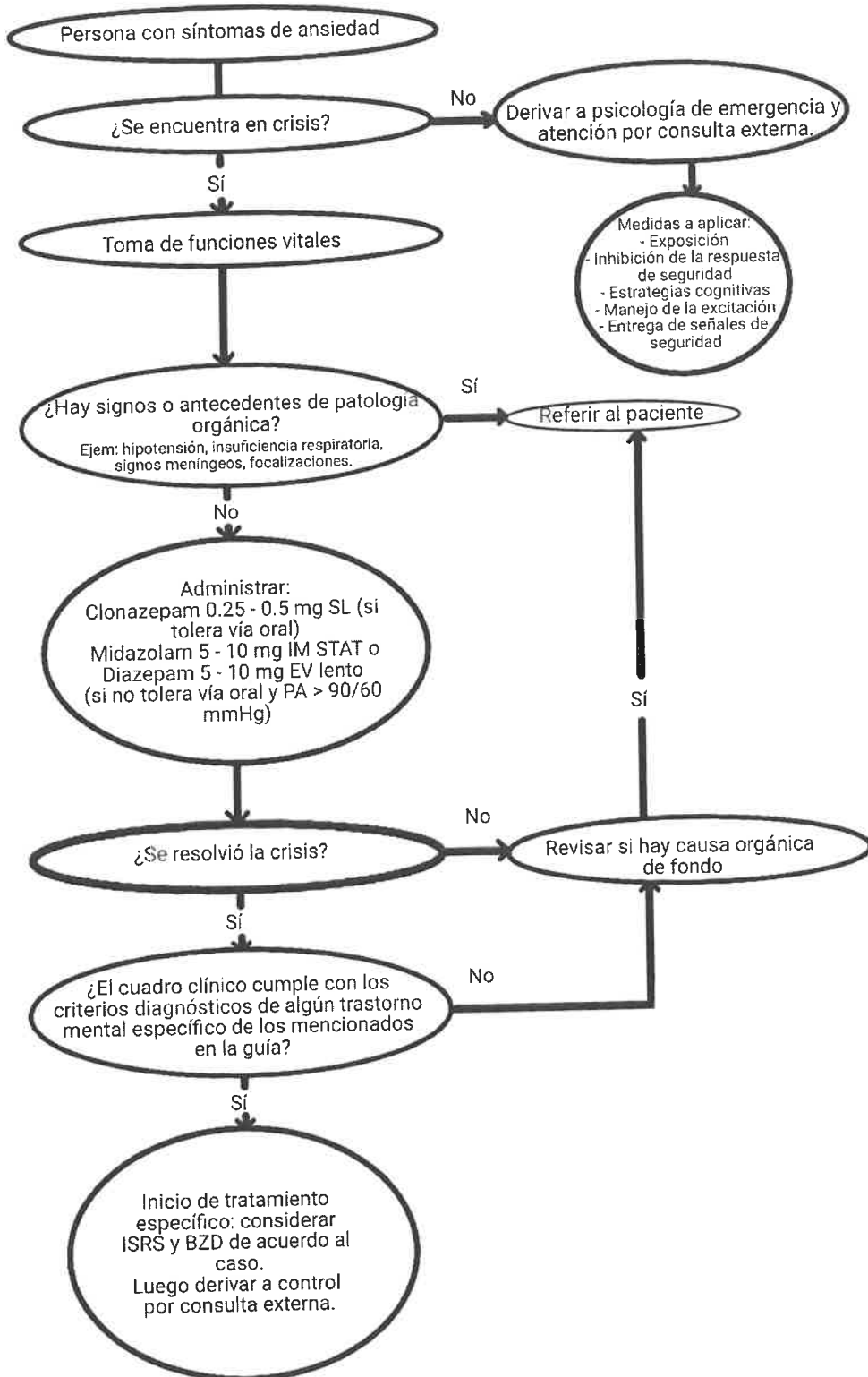
VI.5. Complicaciones

Dependerán del diagnóstico de fondo. Si hablamos sobre el trastorno de pánico, se menciona que hasta un 80% de las personas con este diagnóstico podrían desarrollar otras comorbilidades como: depresión o alcoholismo. El riesgo de suicidio en las personas con trastorno de pánico, es mayor al de la población general^{4,5,6}.

VI.6. Criterios de referencia

Se deberá referir a todos aquellos pacientes que tengan signos de alarma (7.4) o aquellos en que se sospeche de una patología orgánica en base a la información de la historia clínica.

VI.7. Flujograma



VII. Anexos

Cuadro N°01:

Resumen del manejo de la ansiedad y trastornos relacionados

● Detectar la ansiedad y síntomas relacionados
● Realizar un diagnóstico diferencial (considerar la gravedad, el deterioro y la comorbilidad)
● Identificar la ansiedad específica o un trastorno relacionado
● Tratamiento psicológico y / o farmacológico
● Realizar seguimiento (consulta externa)

Fuente: Katzman et al.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Javelot H, Weiner L. Panic and pandemic: Review of the literature on the links between panic disorder and the SARS-CoV-2 epidemic. *L'encephale*. 2020;46(3):S93–S98. doi: 10.1016/j.encep.2020.05.010.
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica (N.T. N°117-MINSA/DGSP-V.01). Resolución Ministerial N°302-2015
3. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).
4. Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan & Sadock. 2017. WoltersKluwer.
5. Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1), S1.
6. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Guía de práctica clínica para el tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia. 2014
7. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1-2): 74-5
8. Compendio Estadístico 2018. Oficina de estadística e informática. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
9. *Anales de Salud Mental*. Estudio Epidemiológico de Salud Mental Comparativo Ciudad Abancay 2010-2016. Informe general del adulto. Volumen XXXV. Año 2019. Número 2
10. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev. perú. med. exp. salud pública* vol.37 no.2 Lima abr./jun 2020
11. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
12. Cosci F. The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(Supl1). S09-31
13. Marchesi C. Pharmacological management of panic disorder. *Neuropsychiatric disorder treatments* 2008; 4(1): 93-106
14. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
15. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. Resolución Ministerial N°399-2015
16. Oropello J.M., & Pastores S.M., & Kvetan V(Eds.), (). *Critical Care*. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1944§ionid=141465683>