
TRASTORNO DE PANICO Y DOLOR TORACICO

Gustavo José López, Adrián Maximiliano Quaranta,
Dr. Telmo Ramón Quaranta

RESUMEN

INTRODUCCION. En 1980 el trastorno de pánico fue incluido en el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

OBJETIVOS. Realizar una revisión bibliográfica sobre el Trastorno de Pánico y tener en cuenta al Dolor Torácico como una importante forma de presentación de esta enfermedad.

MATERIALES Y METODO. Se utilizaron libros de Medicina Interna, Psiquiatría, Cardiología; revistas médicas; información electrónica disponible en los buscadores como Pubmed, Fistera y consultas con especialistas.

DESARROLLO. Se define al trastorno de pánico como un episodio agudo paroxístico de un miedo intenso, terror, muchas veces sin que puedan identificarse los estímulos atemorizantes. La crisis de pánico es una reacción física normal que ocurre en un momento inadecuado. El trastorno de pánico se presenta clínicamente por ataques de pánico. Para el tratamiento se propone psicoeducación asociado a tratamiento farmacológico.

En la semiología cardiovascular deben diferenciarse al dolor cardiovascular de las algias precordiales. Para tipificar estos dolores son utilizadas las clasificaciones de Rose, la del estudio CASS y la elaborada por Diamond y Forrester .

CONCLUSION. Consideramos que el Trastorno de Pánico al ser una patología en la que su sintomatología somática es la predominante, la que en mayor medida lleva a la consulta al paciente y que a su vez estas están muy relacionadas con la signo-sintomatología del Dolor Torácico, es importante su diagnóstico diferencial para llegar a un diagnóstico y tratamiento preciso.

SUMMARY

INTRODUCTION. In 1980 the panic upheaval was including in DSM III (Manual Statistical Diagnosis and of the Mental Upheavals)

OBJECTIVES. To make a bibliographical revision on the Panic Disorder and to consider the Thoracic Pain as an important form of presentation of this disease.

MATERIALS AND METHOD. Internal Medicine, Psychiatry, Cardiology books were used; medical magazines; electronic information available in Pubmed, Fistera and consultations with specialists.

DEVELOPMENT. It is defined to the panic disorder like a paroxysmal acute episode of an intense fear, terror, often without the frightening stimuli could be identified. The crisis of panic is a physical normal reaction that happens in an inadequate moment. The panic upheaval appears clinically by panic attacks. For the treatment is recommended psico education and pharmacological treatment associated. In the cardiovascular semiology they must differ to the cardiovascular pain . To typify these pains Rose's classifications are used, that of the study CASS and elaborated by Diamond and Forrester.

CONCLUSION. We think that the Disorder of Panic to the being a pathology in which its somatic symptomatology is the predominant one, which in major measurement takes to the consultation the patient and which in turn these are very related to the signo-sintomatology of the Thoracic Pain, is important its differential diagnosis to arrive to a diagnosis and precise treatment

INTRODUCCION

El Trastorno de Pánico fue formalmente reconocido como entidad en 1972 en EEUU por los Criterios Diagnósticos de Feighner. En 1980 fue incluido en el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) dispuesto por APA (American Psychiatric Association), la última versión DSM IV, mantiene la definición. En 1992 la OMS lo incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). (1)

Objetivos. Realizar una revisión bibliográfica sobre el Trastorno de Pánico, la manera de llegar a un diagnóstico preciso y precoz para poder así realizar un tratamiento adecuado y efectivo contra esta patología y tener en cuenta

al Dolor Torácico como una importante forma de presentación de esta enfermedad.

MATERIALES Y METODOS

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica realizamos una búsqueda y análisis de información de libros de Medicina Interna, Psiquiatría, Cardiología; revistas médicas nacionales e internacionales; información electrónica disponible en los buscadores como Pubmed, Fistera y consultas con especialistas.

DESARROLLO

TRASTORNO DE PANICO

Definición

Se lo define como un episodio agudo paroxístico y de comienzo súbito, de un miedo in-

tenso, terror, muchas veces sin que puedan identificarse los estímulos atemorizantes o sin proporción entre la valoración cognitiva de la situación atemorizante y la respuesta. El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad cuyo criterios de diagnóstico implican la presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes, a algunos de ellos les siguen síntomas de ansiedad anticipatoria persistente que se relaciona con la posibilidad de tener otras crisis o el temor de las implicancias o consecuencias del ataque. ⁽¹⁻⁶⁾

Epidemiología

Se encuentra en todas las culturas, razas y niveles socioeconómicos. Sus síntomas se presentan a partir de los 20 años (es decir adultez temprana, época que implica transición hacia la separación e independencia), menos frecuente entre los 45 – 60 años y definitivamente raro por encima de los 65. ^(1, 5, 6)

La alteración afecta entre el 2 al 5% de la población general, encontrándose su incidencia en aumento, eso implica que 1 de cada 30 personas padecen la enfermedad con lo que habría un millón de afectados en la Argentina, donde en la actualidad constituye una enfermedad subdiagnosticada y por consiguiente mal tratada. ^(1,7)

La padecen el 10% de los enfermos cardíacos y es más frecuente en la mujer que en el hombre (relación 3 a 2), la razón por la que afecta en mayor medida a las mujeres podría deberse a una mayor vulnerabilidad genética o a fluctuaciones hormonales que se dan durante el ciclo menstrual que producen síntomas por activación del sistema nervioso simpático, sobre todo en el premenstruo. ⁽¹⁾

Como antecedentes son frecuentes: el trastorno por angustia de separación en la infancia, los terrores nocturnos y el sonambulismo, presiones socioeconómicas, sobreocupación, inseguridad, incertidumbre laboral. ^(1,4-7)

Etiopatogenia

La crisis de pánico es una reacción física normal que ocurre en un momento inadecuado y sin causa aparente, dando lugar a una crisis espontánea o falsa alarma. La hipótesis médica mas relevante con respecto a esta enfermedad es que el sistema de alarma cerebral de las personas que lo padecen esta hipersensible produciendo descargas de noradrenalina y adrenalina que llevan a las crisis de pánico o a falsas alarmas. ⁽¹⁻⁷⁾

Clínica

El trastorno de pánico se presenta clínicamente por ataques de pánico, estas son crisis discretas, por lo general paroxísticas de temor o malestar intenso acompañado de por lo menos 4 de los siguientes 13 síntomas definidos

por DSM IV, ordenados según frecuencia estadística aparición ⁽¹⁻⁷⁾:

- 1.palpitación o taquicardia
- 2.sudoración
- 3.temblores o sacudidas
- 4.sensación de ahogo
- 5.sensación de atragantamiento
- 6.opresión o malestar torácico
- 7.nauseas o molestias abdominales
- 8.inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
- 9.desrealización o despersonalización
- 10.miedo a volverse loco o descontrolarse
- 11.miedo a morir
- 12.parestesias
- 13.escalofríos o sofocaciones

Las crisis tienen un comienzo abrupto y alcanzan su expresión máxima dentro de los 10 minutos de iniciadas, a veces se presentan como oleadas sintomáticas recurrentes durante periodos mas prolongados. Estas clasifican de la siguiente forma ⁽¹⁻⁴⁾:

Dependiendo de la sintomatología

- a)Completas o típicas – si tienen 4 o mas síntomas-
- b)Incompletas o de síntomas limitados – con menos de 4 síntomas –

Dependiendo de la aparición

- a)Inesperadas o espontáneas – en las que no pueden detectarse un factor causal, generalmente dado en el primer ataque -
- b)Situacionales – las que se desencadenan por exposición a estímulos atemorizantes –

En algunos casos se presentan síntomas de “Ansiedad Anticipatoria”, a la que se la puede describir como a la expectación aprensiva ante la aparición de los ataques, o de síntomas más o menos aislados, a la implicancia de esos ataques o síntomas, o a las consecuencias que pueden derivar de su presentación. Con frecuencia presentan un tinte hipocondríaco y los pacientes temen morir o enfermar gravemente ⁽¹⁾.

Los ataques de pánico serian mucho mas frecuentes de lo que se pensaba pero en numerosas ocasiones no generan la ansiedad anticipatoria y por ende tampoco trastorno de pánico ⁽¹⁾.

Con frecuencia los sujetos con trastorno de pánico presentan agorafobia, esto es temor a encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar o buscar ayuda puede ser difícil si se desencadena un ataque de pánico.

Ciertos enfermos de pánico desarrollan una hipocondría, es decir, temor exagerado y persistente a estar ya padeciendo una enfermedad grave y enfocan sus temores en algunos síntomas, generalmente de tipo cardiaca o neurológica. ^(1,5-8)

Diagnóstico^(1-7,9)

Según el DSM IV para diagnosticar el trastorno de pánico es necesaria la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados y que al menos una de esas crisis haya sido seguida durante un mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:

- a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener una crisis
- b) preocupación por las consecuencias o implicancias de la crisis
- c) cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis

Tratamiento

Las guías para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, editadas por APA (American Psychiatric Association) en mayo de 1998 proponen respetar los siguientes principios terapéuticos básicos⁽¹⁾:

- Realizar una evaluación diagnóstica prolija
- Evaluar la modalidad que adquiere el cuadro clínico en ese paciente
- Evaluar el tipo y grado de deterioro funcional en cada caso
- Establecer una alianza terapéutica eficaz
- Controlar el estado psiquiátrico del paciente
- Educar al paciente acerca del trastorno (psicoeducación)
- Trabajar con los médicos no psiquiatras involucrados en el caso
- Realzar el valor de cumplir con el tratamiento
- Trabajar con el paciente para que aprenda a detectar los síntomas tempranos de las recaídas

Tratamiento farmacológico

Estudios controlados han demostrado la eficacia de los Tricíclicos, de los IMAOs y de las Benzodiazepinas de alta potencia, así como de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Los objetivos de la farmacoterapia son los siguientes:

- Bloquear las crisis de pánico
- Disminuir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica
- Lograr la remisión y tratar los síntomas residuales
- Facilitar las terapias asociadas (terapia cognitiva-conductual)
- Recuperar la autoestima y autoconfianza del paciente.

Etapas de la farmacoterapia. Consta de tres periodos:

1. Periodo agudo o de ataque: en este el médico indica ajustes o ascensos periódico-

de la medicación hasta llegar a los niveles terapéuticos. Los criterios para iniciar un tratamiento farmacológico en el trastorno de pánico son la aparición de crisis de pánico frecuentes y severas o de ansiedad anticipatoria, presencia de consecuencias invalidantes de la enfermedad (por ejemplo agorafobia, restricción de las funciones familiares, depresión secundaria, que el paciente se automedique o use alcohol u otras drogas para aliviar su enfermedad), prevenir complicaciones potenciales si el paciente queda sin tratar.

Actualmente se utilizan benzodiazepinas de alta potencia solas o combinándolas con un antidepresivo, las benzodiazepinas disminuyen la ansiedad anticipatoria y bloquean rápidamente las crisis de pánico, teniendo en cuenta que el tratamiento puede durar meses o más de un año es mejor utilizar las de vida media larga como el clonazepam que induce una menor dependencia física por lo que sería más fácil de discontinuar. Habitualmente se agrega al clonazepam un antidepresivo, frecuentemente un ISRS, para bloquear completamente las crisis de pánico en los pacientes no refractarios. Si el paciente no tiene un elevado nivel de ansiedad anticipatoria ni tampoco presenta crisis de pánico frecuente sino lo que prevalece es la agorafobia, se puede comenzar directamente con un ISRS (excepto que existan problemas gastrointestinales previos como diarreas frecuentes, colon irritable o disfgia, en este caso es mejor utilizar paroxetina o un tricíclico como la imipramina, porque el efecto anticolinérgico de estas atenúa los síntomas).

Contrariamente a lo que se creyó en un comienzo, basándose en los resultados favorables de las terapias farmacológicas a corto plazo, actualmente se sabe que el curso de la enfermedad es variable tendiendo a ser crónico y fluctuante.

2. Periodo de mantenimiento: destinado a estabilizar la mejoría. En esta etapa es necesario hacer controles periódicos, por lo menos una vez al mes, para efectuar ajustes. Según el consenso internacional de especialistas en el tema se recomienda que este periodo dure entre 12 y 18 meses a partir de que el paciente está sintomático. Esta terapia debe realizarse si el tratamiento agudo ha sido exitoso puesto que las recaídas suelen darse cuando las medicaciones son discontinuadas prematuramente. Luego del periodo de mantenimiento con la medica-

ción adecuada se puede empezar a disminuir la medicación según la gravedad del caso, si es leve, luego de 6 meses y si es moderado a severo al año.

3. Periodo de discontinuación o suspensión de la medicación: en todos los casos debe ser gradual y programado. En esta etapa es cuando resulta útil reafirmar lo aprendido con la terapia cognitivo conductual, lo que impide las recaídas en la mayoría de los casos. La indicación de la discontinuación será correcta si el paciente se encuentra ya recuperado, es decir asintomático desde hace tiempo, que haya recuperado el ejercicio de la mayoría de sus roles sociales y lleve un estilo de vida normal.

Estudios a largo plazo acerca de la evolución de trastornos de pánico, comprendiendo de 3 a 6 años de la discontinuación, han demostrado que cerca de un tercio de los pacientes se recuperan totalmente y permanecen asintomáticos, un 50% sufren todavía algunos síntomas menores y solo un 20 % presentan síntomas o recurrencias importantes durante el seguimiento. ^(1,4-6, 11, 12,14)

Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento psicoterapéutico mejor estudiado es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta incluye una serie de técnicas y estrategias orientadas a mejorar la signo-sintomatología del trastorno del pánico, entre ellas se incluyen: psicoeducación, control continuo del pánico, reentrenamiento respiratorio, reestructuración cognitiva enfocada sobre la corrección de la interpretación catastrófica errónea en las sensaciones corporales; exposición a las situaciones temidas. ^(1, 5,6)

El tratamiento psicoterapéutico principal para la agorafobia es la desensibilización sistemática en la cual el paciente se expone de manera gradual y sistemática los objetos o situaciones que le generan temor. ⁽¹¹⁾

Los tratamientos cognitivo-conductuales desarrollados con técnicas rigurosas durante 2 a 4 meses tiene una tasa de respuesta de entre 60 a 75 % y los estudios de seguimiento muestran que alrededor del 80% de los pacientes que respondieron se mantienen libres de pánico un año después de finalizado el tratamiento. ⁽⁷⁻¹⁵⁾

DOLOR TORACICO

El dolor torácico es una de las causas de consulta mas frecuentes en cardiología y atención primaria.

Las causas de dolor torácico podemos dividir las en dos grandes grupos

- a) Causas Cardíacas: Que pueden ser de causas coronarias donde incluimos las

anginas de esfuerzo y las de reposo. O bien los dolores torácicos de causas cardíacas pueden tener un origen no coronario donde las raíces pueden ser pericarditis, miocarditis.

- b) Causas No Cardíacas: Son de muy variada etiología entre las que encontramos los de origen esofágicos (reflujos); gastroduodenales (gastritis, ulcera péptica); pulmonares (TEP); pleurales (pleuritis); vasculares (aneurisma de aorta); de la pared torácica (musculares, condritis, neuropatías); psicógenas (hiperventilación, trastorno de pánico). ^(16, 17,18)

Semiología

En la semiología cardiovascular deben diferenciarse dos tipos de dolor; el dependiente del corazón y los grandes vasos (dolor cardiovascular); del dolor producto de otras alteraciones que por su localización pueden confundirse con los anteriores y se los agrupa bajo la denominación de algia precordial.

1) Dolor Cardiovascular:

- Dolor simple sin características propias: que se los describe como una sensación dolorosa de carácter superficial y de localización precordial o esternal, que puede ir acompañado o no de opresión y se irradia escasamente. La etiología puede ser muy variada desde pericarditis hasta una causa no cardíaca como aneurisma disecante de aorta.

- Dolor anginoso (angor pectoris): se presenta como un dolor constrictivo profundo (sensación de pesadez, compresión, estrujamiento) de localización subesternal, de carácter paroxístico (crece y decrecen un periodo de 1 a 10 minutos) acompañado de sensación de angustia que se manifiesta por impresión de muerte próxima, acompañado de sudación y palpitaciones en la mayoría de los casos. Desde la región medio esternal o región epigástrica, el dolor se irradia, mas comúnmente hacia el hombro izquierdo y borde cubital del miembro superior del mismo lado; menos comúnmente lo hace hacia la espalda, los hombros y la mandíbula.

En los dolores anginosos el factor determinante es la isquemia del miocardio. La circunstancia en que aparecen los dolores indica en líneas generales el mecanismo de producción; permitiendo así decidir un tratamiento.

En base a estos criterios la Sociedad Española de Cardiología las divide en una forma estable de angina, producida por obstrucciones coronarias debidas a lesiones estenóticas quiescentes, y otra inestable, que se corresponde con placas ateroscleróticas complicadas o con circunstancias extrínsecas al árbol coro-

nario que producen inestabilización del síndrome clínico.

La angina estable es, por definición, aquella angina de esfuerzo en la que no ha habido cambios en su patrón de presentación en el último mes de evolución. Ciertos cambios en el umbral anginoso, incluso algún dolor esporádico y breve en reposo, pueden ser atribuibles a variaciones en el tono vascular y no deben modificar el concepto de estabilidad. La angina de pecho inestable agrupa a todas aquellas formas que se apartan claramente del patrón típico de angina estable (reciente comienzo, progresiva, en reposo, prolongada, postinfarto, angina variante). El concepto de inestabilidad lleva aparejado el de porvenir incierto, pero no necesariamente malo.

2) Algia Precordial:

Se denomina así a un grupo de sensaciones que nada tienen que ver con el aparato cardiovascular. Pero por su localización deben ser estudiadas.

Como es sabido, en la producción de todo síntoma intervienen 2 factores, la excitación de las vías sensitivas y la percepción por el neuroneje, vale decir, es necesario un estímulo y un receptor.

La sensación de dolor pueden ocurrir o por la existencia del estímulo apropiado o por aumento de la sensibilidad de receptor.

Se dice que un dolor es de naturaleza psicogenética, cuando el único factor en juego es el aumento de la sensibilidad del receptor, es decir, hipersensibilidad del sistema nervioso.

La primera algia precordial a considerar, debe ser la de naturaleza psicogenética; es una sensación indefinida, de existencia casi continua, de presentación caprichosa, sin relación con el esfuerzo ni el reposo, ni la administración de nitratos. A veces calma otras no y el examen cardiovascular completo no justifica la existencia del dolor.

También existen una serie de algias de etiologías muy variables entre las que se pueden nombrar las condritis, distensión gástrica entre otras.^(19,20)

Evaluación Diagnóstica Inicial e Interrogatorio

Tipificación del dolor: el primer elemento del estudio del dolor torácico es establecer el grado de tipicidad del dolor, sobre la base de elementos semiológicos. Sólo tres clasificaciones de dolor torácico han demostrado valor pronóstico: Rose, utilizada por la OMS para fines epidemiológicos, la del estudio CASS (Coronary Artery Surgery Study), y la elaborada por Diamond y Forrester. (Cuadro 1)

El Colegio Americano de Cardiología (American College of Cardiology) utiliza como normas la clasificación de Diamond y Forrester, en

las que debe consignarse la edad, el sexo y el tipo de dolor torácico para predecir la probabilidad de enfermedad coronaria de cada paciente. De acuerdo a esto se dividen en cuatro grupos: probabilidad alta (mayor al 90%), intermedia (10 al 90%), baja (5 al 10%) y muy baja (menor al 5%).^(17,18)

Probabilidad de enfermedad coronaria de acuerdo a la edad, el sexo y el tipo de dolor.

Sexo masculino

Edad en años	Angina típica	Angina atípica	Dolor no anginoso
30 a 39	Intermedia	Intermedia	Baja
40 a 49	Alta	Intermedia	Intermedia
50 a 59	Alta	Intermedia	Intermedia
60 a 69	Alta	Intermedia	Intermedia

Sexo femenino

Edad en años	Angina típica	Angina atípica	Dolor no anginoso
30 a 39	Intermedia	Muy baja	Muy baja
40 a 49	Intermedia	Baja	Muy baja
50 a 59	Intermedia	Intermedia	Baja
60 a 69	Alta	Intermedia	Intermedia

Es posible establecer un diagnóstico de alta probabilidad de enfermedad mediante la historia, una exploración física y un electrocardiograma (ECG), sin necesitarse otras pruebas cardiológicas complementarias, sobre todo si se trata de pacientes con síntomas leves que responden bien al tratamiento específico y/o de edad avanzada. El conocimiento del perfil hematológico y bioquímico básico (que incluya un análisis lipídico) es útil para descartar enfermedades concomitantes y facilitar el manejo terapéutico.^(17,21-23)

Examen físico

Con frecuencia es normal en especial pasadas las crisis dolorosas, pero pueden aparecer diaforesis, los pacientes se encuentran pálidos con aumento de la tensión arterial y la frecuencia del pulso. La auscultación puede no revelar anormalidad pero a menudo se ausculta un cuarto ruido, soplos sistólicos, desdoblamiento paradójico del segundo y tercer ruido.

Todos estos signos desaparecen al desaparecer el dolor.^(24,25)

Electrocardiograma

El ECG de 12 derivaciones en reposo puede ser normal y sin signos de isquemia en aproximadamente un 50% de los pacientes con sospecha de angina. Sin embargo, puede poner de manifiesto la presencia de ondas Q de necrosis antiguas que traducen la existencia de una cardiopatía coronaria de base. Son frecuentes otras alteraciones más inespecíficas, como un crecimiento ventricular izquierdo o la

presencia de bloqueos de rama, que reflejan la existencia de otras enfermedades.

La presencia de alteraciones en la repolarización (infradesnivel o elevación del segmento ST, seudonormalización de las ondas T) durante una crisis de dolor es altamente sugestiva de isquemia miocárdica. Por el contrario, las alteraciones basales de la repolarización sin dolor torácico acompañante no son diagnósticas de angina, resultando el ECG fuera de las crisis de dolor precordial de un valor predictivo limitado para el diagnóstico de angina. ^(24, 26,27)

CONCLUSION

Consideramos que el Trastorno de Pánico al ser una patología en la que su sintomatología somática es la predominante, la que en mayor medida lleva a la consulta al paciente y que a su vez estas están muy relacionadas con la signo-sintomatología del Dolor Torácico, es importante su diagnóstico diferencial para llegar a un diagnóstico preciso.

Dos diagnóstico diametralmente opuestos entre la etiología y conducta terapéutica a seguir, se hallan relacionado por situaciones y síntomas comunes como ser la angustia, en particular por las expresiones somática y la participación de la esfera cognitiva, síntomas que los relaciona y los diferencia a su vez.

En el Trastorno de Pánico existen componentes cognitivos como ser sensación de despersonalización, desrealización, pérdida del control y temor a volverse loco. En el Dolor de origen Torácico tal vez haya que hacer referencia a la estabilidad o no desde el punto de vista hemodinámico, como un concepto a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial (hipotensión, shock, cianosis, disnea, taquicardia, arritmia, alteraciones de la conciencia).

Los dos constituyen cuadros clínicos que se los pueden incluir dentro del contexto de la urgencia médica, independiente del resultado, como ser riesgo de muerte real, teniendo en común que los dos generan la misma reacción en el servicio de urgencia o de atención primaria, puesto que es en ese momento donde se debe hacer el diagnóstico diferencial y por lógica decidir la conducta terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Cía AH. La Ansiedad y sus Trastornos, Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002:83-157
2. Pichot P, Valdes M. DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales American Psychiatric Association. Barcelona: Editorial Masson; 1984:242-246
3. Liebowitz MR, Barlow DH, Davidsom J. DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association. Barcelona: Editorial Masson; 1995:401- 456
4. Pichot P, Valdes M. DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association. Barcelona: Editorial Masson; 2000:410-440

5. Marchant N, Monchablon Espinoza A. Tratado de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires: Editorial Grupo Guía; 2005: 235-249.
6. Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 4° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997: vol 2: 945-970
7. Mariani L, Bulacio JM. Trastorno por Pánico. ALCMEON (Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Fundación Argentina de Neuropsiquiatría) [en línea] 2000 [fecha de acceso 15 de octubre 2006]; 8. URL disponible en : http://www.alcmeon.com.ar/2/8/a08_05.htm
8. Wayne J, Katon MD. Panic Disorder. The New England Journal of Medicine.[en línea] 2006 [fecha de acceso 10 de noviembre 2006]; Volumen 354:2360-2367. URL disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/354/22/2360>
9. Cía AH, Flichman A. Primeras descripciones de las Crisis y Trastorno de Pánico. Anxia [en línea] 2003 [fecha de acceso 10 de noviembre de 2006]; 8. URL disponible en: <http://www.ansiedad-aata.org/anxia/008/pag3.html>
10. Barlow D, Gorman J, Shear M. Cognitive-behavioral therapy, imipramine or their combination for panic disorder JAMA. [en línea] 2000 [fecha de acceso 9 de noviembre 2006];283:2529-2536. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10815116&dopt=Abstract
11. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P, R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. A quantitative review The Journal Of Nervous and Mental Disease [en línea] 1998 [fecha de acceso 9 de noviembre 2006];186(7):414-9. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9680042&dopt=Abstract
12. Pilowsky DJ, Olfson M, Gameraoff MJ. Panic disorder and suicidal ideation in primary care. Depress Anxiety [en línea] 2006 [fecha de acceso 9 de noviembre 2006]; 23:11-16. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=16245304&dopt=Abstract
13. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord [en línea] 2005 [fecha de acceso 8 de noviembre 2006]; 88:27-45. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=16005982&dopt=Abstract
14. Landon TM, Barlow DH. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. J Psychiatr Pract [en línea] 2004 [fecha de acceso 8 de noviembre 2006]; 10:211-226. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=15552543&dopt=Abstract
15. Bayón Fernández J, Alegría Ezquerro E. Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. Revista Española Cardiología. [en línea] 2002 [fecha de acceso 15 de octubre del 2006]; 55(2):143-54 .URL disponible en : http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pident=13026387
16. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de síndromes Coronarios Agudos. Manejo del Dolor Torácico. Revista Argentina de Cardiología. [en línea] 2005 [fecha de acceso 15 de noviembre 2006];73:1-62. URL disponible en:<http://www.sac.org.ar/rac/buscador/2005/suplemento3/73-s3-3.pdf>
17. Fajardo Pérez M, Pérez R, Blas Rivero M. Dolor Torácico Agudo. Guías Clínicas Fisterra.com [en línea] 2004 [fecha de acceso 10 de noviembre de 2006];4 (13).URL disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/dolortoracico.asp>
18. Cossio P, Martínez F, Fustinoni O. Síntomas Fundamentales. Medicina Interna (Fisiopatología, Semiología, Clínica y Tratamiento). 3ª ed. Buenos Aires: Editorial CTM; 1987; 3: 33-86

19. Argente H, Alvarez M. Semiología Médica (Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica). Buenos Aires : Editorial Panamericana; 2005; 27: 312-324
20. Bayón Fernández J, Alegría Ezquerro E, Bosch Genover X. Chest pain units. Organization and protocol for the diagnosis of acute coronary syndromes Rev Esp Cardiol [on line] 2002 [fecha de acceso 20 de noviembre de 2006]; 55(2):143-54. URL disponible en : http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/cardioeng.mrevista_cardio.fulltext?pidet=13028607
21. García-Cosío F. Chest Pain Units: is it urgent its implementation? Rev Esp Cardiol. [online] 2003 [fecha de acceso 21 de octubre de 2006]; 56: 218- 219. URL disponible en : http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/cardioeng.mrevista_cardio.fulltext?pidet=13047683
22. Jiménez Murillo L, García-Castrillo Riesgo L, Burillo-Putze G. Chest Pain Units and Emergency Departments. Rev Esp Cardiol. [on line] 2003 [fecha de acceso 02 de octubre de 2006]; 56:217-218. URL disponible en : http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/cardioeng.mrevista_cardio.fulltext?pidet=13047682
23. Farreras PV, Rozman Borstnar C. Medicina interna. 15 ed. Madrid: Harcourt Brace; 2004: vol 2:139-233
24. Kasper DL, Braunwald E, Anthony S. Causas de las molestias retroesternales. Harrison Principios de Medicina Interna 16ª edición [en línea] 2005 [fecha de acceso 29 de octubre 2006]; parte 2. URL disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aID=51636&searchStr=dolor+tor%c3%a1cico%2c+sin++otro+diagnc%3%b3stico#51636>
25. López Bescós L, Arós Borau F, Lidón Corbi RM. 2002 Update of the Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for Unstable Angina/Without ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. Rev Esp Cardiol. [en línea] 2002 [fecha de acceso 18 de noviembre de 2006]; 55(6):631-42. URL disponible en: http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/cardioeng.mrevista_cardio.fulltext?pidet=13035187
26. Westerhout CM, Fu Y, Lauer MS. Short- and long-term risk stratification in acute coronary syndromes: the added value of quantitative ST-segment depression and multiple biomarkers. J Am Coll Cardiol [en línea] 2006 Sep [fecha de acceso 15 de noviembre de 2006]; 5:48(5):939-47 . URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=16949483&query_hl=12&itool=pubmed_docsum

Cuadro 1 clasificación de Diamond y Forrester probabilidad de enfermedad coronaria

	CASS	Diamond y Forrester
Características consideradas	Localización y/o irradiación típica (retroesternal, cuello, maxilar inferior, brazos, epigastrio, dorso).	Localización retroesternal.
	Precipitación con el esfuerzo. Alivio con el reposo o nitroglicerina en menos de 10 minutos	
Categorías de dolor y prevalencia de enfermedad coronaria en cada categoría	Angina definida es la que cumple las tres características. ·Prevalencia de enfermedad coronaria: 86%	Angina típica es la que cumple las tres características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 90-92%
	Angina probable es la que cumple la mayoría de las características. ·Prevalencia de enfermedad coronaria: 61%	Angina atípica es la que cumple dos características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 50-75%
	El dolor no isquémico incluye dos subcategorías. 1. Dolor <u>probablemente no anginoso</u> : tiene un patrón atípico que no cumple con la descripción de angina definida. 2. Dolor <u>definidamente no anginoso</u> : no cumple con ninguna de las características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 14%	Dolor no anginoso es el que cumple una característica o ninguna. Prevalencia de enfermedad coronaria: 15-47%