



**INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

Eva Calderón Rubio y Sergio Pérez Gonzaga

[sperezgonzaga@gmail.com](mailto:sperezgonzaga@gmail.com)

Estigma Salud Mental, Ataque de pánico, Síndrome Coronario Agudo

### **RESUMEN**

El presente trabajo hace una revisión sobre el diagnóstico diferencial de un ataque de pánico frente al síndrome coronario agudo. El Ataque de pánico es capaz de imitar la presentación clínica de un síndrome coronario agudo, hasta el punto de ser indistinguibles sin una adecuada investigación. Además, estudiamos cómo están relacionadas ambas enfermedades según la bibliografía existente: la correlación está avalada por muchos estudios, sin embargo, la causalidad aún no está clara. El papel del psicólogo ante esta problemática es diverso: en primer lugar, se ha de atender al paciente con el tratamiento psicológico adecuado para ambas patologías, ya se presenten juntas o por separado. Asimismo, durante el trascurso de su práctica clínica habitual y ante signos o síntomas disonantes, el psicólogo deberá derivar mediante un informe de interconsulta a atención primaria para una evaluación médica. Por último, en el ámbito de las urgencias hospitalarias, deberán promover la concienciación del personal médico ante el posible sesgo diagnóstico al encontrarse con un historial clínico psiquiátrico y, en concreto para este caso, de ansiedad. El objetivo desde la Psicología es que los facultativos especialistas, a pesar de la existencia de una historia clínica previa con episodios ansiosos, no basen su diagnóstico principalmente en esta información, sino que procedan a realizar las pruebas pertinentes con el fin de descartar cualquier patología orgánica. También se propone mejorar la educación ciudadana para poder actuar correctamente ante una emergencia cuando se presente sintomatología compatible con un evento grave.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN ATAQUE DE PÁNICO

Según el DSM-5 (APA, 2013), un ataque de pánico (AP) consiste en la aparición súbita de miedo o malestar intenso, caracterizado por alcanzar su máxima expresión de forma muy rápida y asociado a una serie de síntomas simpáticos. Por otra parte, el síndrome coronario agudo (SCA) recoge un conjunto de entidades entre las que encontramos la angina inestable, el infarto agudo de miocardio o la muerte súbita (según las características asociadas al episodio), cuya clínica es muy similar, no solo entre ellos (Vidán, 2006), sino también al ataque de pánico, el cual es capaz de imitar la presentación clínica de un síndrome coronario agudo, hasta el punto de ser indistinguibles sin una adecuada investigación (Soh y Lee, 2010).

En la tabla 1 podemos observar los distintos síntomas relacionados con ambas condiciones y, en sombreado, se destacan los numerosos solapamientos que hacen que el diagnóstico diferencial, basado únicamente en la descripción sintomática, pueda ser complicado para el paciente y para los médicos.

### Tabla 1.

Síntomas coincidentes entre ataque de pánico y el síndrome coronario agudo (adaptado de Soh y Lee, 2010)

Ataque de Pánico. APA (2013)	Síndrome coronario agudo
Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.	Palpitaciones
Sudoración	Diaforesis (sudoración profusa)
Temblor o sacudidas	
Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.	Disnea de esfuerzo
Sensación de ahogo	
Dolor o molestias en el tórax	Dolor (presión, sensación de calor alrededor del corazón y puede irradiar al

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA

	cuello, hombros, mandíbula, espalda, abdomen superior o brazos)
Náuseas o malestar abdominal	Náuseas
Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo	Intolerancia al ejercicio
Escalofríos o sensación de calor	
Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueos)	
Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo)	
Miedo a perder el control o de "volverse loco"	
Miedo a morir	
	Presentaciones atípicas en mayores y diabéticos:
	- Fatiga                      - Aturdimiento
	- Síncope                      - Estado mental alterado
	- Débilidad                      - Asintomático

La razón que explica esta semejanza en la expresión clínica entre AP y SCA es que ambos producen la activación del sistema simpático (Soh y Lee, 2010). Por una parte, según los autores, el SCA sería producido bien por la formación de placas de ateroma que crecen de forma progresiva causando una angina inestable, o bien por la ruptura de la placa coronaria, asociado a una trombosis, que acabaría generando un infarto de miocardio y necrosis del tejido. Por otra parte, sin embargo, la fisiopatología de los ataques de pánico no está tan claramente definida como en el caso anterior y se relaciona tanto con diferentes áreas neuronales, principalmente locus coeruleus, amígdala e hipotálamo (Mezzasalma et al., 2004), como con alteraciones en el sistema de neurotransmisores (serotonina, catecolaminas...).

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

El resultado en ambas condiciones es, como se ha dicho previamente, la activación del sistema simpático y, por lo tanto, una sintomatología clínicamente muy similar.

¿Cómo se puede saber entonces si estamos ante un AP o un SCA? Tanto en un caso como en otro, la historia clínica va a ser un elemento necesario, pero ni mucho menos suficiente. En el caso del ataque de pánico, sería interesante observar si están presentes los signos de Chvostek y de Trousseau (Soh y Lee, 2010), ambos relacionados con el síndrome de hiperventilación. No obstante, y como indican los autores, su presencia lo único que hace es aumentar la probabilidad del diagnóstico de AP, sin negar la necesidad de excluir un SCA. Por esta razón, sería conveniente realizar igualmente las dos pruebas básicas para el diagnóstico de SCA: el electrocardiograma y los biomarcadores enzimáticos, como la troponina I y CK-MB. Con los resultados que se obtengan, se podrá afirmar o descartar con mayor objetividad la presencia de una o ambas patologías. Es interesante resaltar, sin embargo, que sería conveniente realizar una evaluación más extensiva para descartar también la presencia de comorbilidades entre ambas, debido a los altos porcentajes de coexistencia de ambas condiciones (Fleet et al., 1998).

En relación con los ataques de pánico, parece que existe discrepancia en cuanto a la espontaneidad de los mismos. Mientras Soh y Lee (2010) afirman que la primera crisis de pánico a menudo sucede de manera espontánea e inesperada, existen estudios como el de Meuret et al. (2011) que muestran como en ataques de pánico que son informados como espontáneos, se han encontrado unas alteraciones autonómicas significativas que preceden la crisis hasta una hora. Esto lleva a los autores a cuestionar esa diferencia entre crisis espontáneas o esperadas.

En cualquier caso, podemos hablar, por una parte, de crisis donde el paciente es capaz de ser consciente de entrar en un espiral de ansiedad que la antecede y, por otra, de crisis que ocurren sin que el paciente haya sentido algún síntoma previo que la explique. En este último caso, al tratarse de un hecho inesperado, puede dar lugar a pensar que está ocurriendo una emergencia sanitaria que requiere atención urgente.

Pero, ¿sabe la gente reconocer los síntomas asociados a estas patologías? Esta sería una cuestión clave, ya que de su detección por parte de los pacientes o acompañantes dependerá que se busque ayuda profesional y, en última instancia, el impacto del episodio. Una pregunta similar se la plantearon Fogle et al. (2004) cuando realizaron una intervención en una oficina de Montana para aumentar la conciencia de los signos y síntomas de un ataque al corazón y la necesidad de llamar al 911, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad de los mismos.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

Mediante la edición y reparto de una serie de posters, folletos, correos electrónicos y participación en concursos, los autores consiguieron aumentar la conciencia de los signos y síntomas de ataque al corazón y de la necesidad de llamar al teléfono de emergencias, independientemente de la edad y con mayor impacto en mujeres que en hombres. Estos resultados son notablemente destacables, ya que al tener mayor conocimiento de las características de esta condición es más probable que se reduzca el tiempo desde que se inicia el episodio hasta que se llega al hospital y se administra el tratamiento.

### **RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD-ATAQUE DE PÁNICO Y CARDIOPATÍA**

Los trastornos de ansiedad están vinculados al inicio y progresión de enfermedades cardíacas y, en diversas ocasiones, se han podido relacionar con desenlaces mortales. Esta relación puede ser explicada por mecanismos fisiológicos (disfunción autonómica, inflamación, disfunción endotelial, cambios en agregación plaquetaria) y hábitos de salud (Celano, Daunis, Lokko, Campbell y Huffman, 2016). Sin embargo, no está probada la relación de causalidad. Además, al diferenciar mediante análisis más específicos las enfermedades coronarias con desenlace mortal o no mortal, son las primeras las que se relacionan con la ansiedad (Emdin et al., 2016). Se hacen necesarios nuevos estudios que sigan investigando estas dos entidades, delimitando aún más los diversos tipos y las diferentes variables personales.

En lo que respecta al ataque de pánico: en un meta análisis de Tully et al. (2015), comprendiendo 12 estudios con 1 131 612 de pacientes y 58 111 eventos de enfermedad coronaria, se demostró que el AP estaba independientemente asociado con la patología cardíaca y, dentro de ésta, con fibrilación ventricular, muerte súbita cardíaca e infarto agudo de miocardio, siendo este último el más común. No obstante, no se pudo descartar la causalidad inversa debido a la gran heterogeneidad en los resultados para los distintos estatus. Dicha causalidad inversa podría tener relevancia, ya que personas diagnosticadas con ataque de pánico pueden haber simplemente experimentado los síntomas somáticos de una enfermedad coronaria sin diagnosticar como espasmo coronario, angina microvascular o flujos coronarios lentos (Vural et al., 2009), siendo en estos casos un AP mal diagnosticado.

Las personas que sufren ataques de pánico a menudo creen estar en peligro de muerte debido a una enfermedad aguda como un SCA. Las teorías cognitivas sobre el AP postulan que esas creencias son claves en la patogénesis del mismo.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

Normalmente los pacientes malinterpretan las sensaciones físicas al relacionarlas con un desastre inminente para su salud, generando así un aumento en los niveles de ansiedad y, por consiguiente, un incremento en la intensidad de esas sensaciones físicas que retroalimentan las cogniciones catastrofistas (De Cort et al., 2013). A falta de ahondar en la investigación sobre causalidad de las entidades que nos ocupan, es evidente que se hace necesario un tratamiento para el AP, ya sea para disminuir el factor de riesgo en otras patologías o para disminuir el sufrimiento que provoca en sí mismo.

Aunque los tratamientos cognitivo-conductuales se han mostrado en general eficaces para reducir los trastornos de ansiedad (Cuijpers et al., 2016), una vez más se necesitan nuevos estudios que aislen mejor los distintos componentes de los tratamientos, así como los distintos tipos de trastornos de ansiedad. Meta análisis como los realizados por Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez y Gómez-Conesa (2010) y por Cuijpers et al. (2016) encuentran eficaces estos tratamientos para el ataque de pánico. Sin embargo, cuando existe comorbilidad entre AP y SCA se hace necesaria una adaptación de la intervención para el AP. Tully, Sardinha y Nardi (2017) han propuesto un tratamiento adaptado a este tipo de pacientes, teniendo en cuenta riesgos como ignorar algunos síntomas que se pudieran asociar equivocadamente al ataque de pánico y no buscar atención inmediata, o los ejercicios de inducción experimental de síntomas que podrían ser perjudiciales en su condición de enfermos cardiológicos. Este tratamiento, basado en aprender habilidades de afrontamiento, exposiciones interoceptivas seguras, ejercicios supervisados y contrarrestar la evitación, se ha demostrado eficaz con una reducción significativa en número de hospitalizaciones y duración de las estancias, número de AP, reducción de la ansiedad y depresión.

### **ESTIGMA DEL PACIENTE CON ANSIEDAD Y ATAQUES DE PÁNICO**

Como ya se ha comentado, el síndrome coronario agudo es una enfermedad potencialmente mortal donde la atención inmediata es fundamental para un buen pronóstico. Se han documentado numerosos casos donde pacientes con historial de ansiedad y/o ataques de pánico, que han acudido a urgencias con sintomatología compatible con un síndrome coronario agudo, han abandonado el hospital sin un estudio cardiológico adecuado para posteriormente confirmarse la enfermedad coronaria (Haberal, Özsoy y Gürkan, 2013; Pemberton, 2017). Ociskova, Prasko y Sedlackova (2013) explican esta situación en base a los prejuicios que existen contra los pacientes psiquiátricos, que

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

pueden afectar gravemente al diagnóstico, tratamiento y a la reintegración social de esta población.

Sin embargo, a diferencia de lo que se pueda pensar, no es la sociedad general la que más dispuesta se muestra a estigmatizar a los pacientes con antecedentes psiquiátricos, sino los profesionales sanitarios (Ociskova et al., 2013). La explicación que dan los autores a este hecho es la idea instaurada de que pasar por alto un síntoma sería un error más grave que el tenerlo en cuenta, pero diagnosticarlo mal. De hecho, según Soh y Lee (2010), los sanitarios que no se dedican al ámbito psiquiátrico son reacios a diagnosticar trastornos de ansiedad a personas que presentan dolores torácicos recurrentes, pero arterias coronarias normales. Según los propios profesionales, se intenta evitar ese diagnóstico debido a la percepción de no disponer de un entrenamiento adecuado para ello, cosa que se desmiente en el estudio de Wulsin et al. (2002), al demostrar que con una prueba de screening, una entrevista estructurada de no más de cinco minutos y sin necesidad de un entrenamiento adicional, se podía diagnosticar el trastorno e iniciar el consiguiente tratamiento.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en relación con el diagnóstico diferencial entre AP y SCA y el estigma asociado a los trastornos psiquiátricos es que, en muchas ocasiones, el ataque de pánico se toma por los profesionales y por los pacientes como una "falsa alarma" de ataque al corazón (Soh y Lee, 2010). Debido a esta percepción y a la ausencia de la mortalidad inmediata a la que se asocia el SCA, se entiende que el ataque de pánico tiene un mejor pronóstico, lo que puede llevar a que no se tomen las medidas ni de evaluación (para descartar comorbilidades) ni de tratamiento (psicológico o farmacológico) necesarias para disminuir el impacto negativo que la ansiedad puede tener sobre el organismo, como ya se ha visto anteriormente. Esto sería un error porque el ataque de pánico, aunque no se relacione con una muerte inmediata, está muy lejos de ser inocuo.

### **DISCUSIÓN**

¿Qué podemos hacer desde la Psicología? En base a todo lo anterior, es posible afirmar que ambas condiciones requieren evaluaciones adecuadas para poder determinar el diagnóstico preciso, evitando conductas negligentes, y para asegurar que no existen comorbilidades entre ellas (Soh y Lee, 2010). En concreto, en el caso del síndrome cardíaco agudo, aunque el tratamiento principal sea el médico-farmacológico, es imprescindible aplicar otra serie de medidas psicológicas, principalmente preventivas, que ayuden a reducir los riesgos de sufrir nuevos episodios y disminuyan los porcentajes de mortalidad.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA**

Estas medidas, que podrían ser de aplicación tanto en AP como en SCA, estarían relacionadas con el aprendizaje de técnicas de control de la activación fisiológica, control de las cogniciones catastróficas y el bloqueo del círculo de malinterpretaciones (presentes en el estudio de De Cort et al., (2013)), aprendizaje de hábitos de vida saludables o la implementación de modificaciones en la dieta.

Además, siguiendo la intervención diseñada por Fogle et al. (2004) resultaría de gran ayuda realizar una campaña educativa a nivel nacional, utilizando recursos como posters, correos electrónicos, intranet o redes sociales para aumentar el conocimiento de los signos y síntomas de los ataques al corazón, de su semejanza con un ataque de pánico y la necesidad de contactar inmediatamente con los servicios sanitarios de urgencia para ponerse en manos de profesionales que evalúen objetivamente su estado de salud.

Como medidas adicionales al tratamiento propiamente psicológico, también se plantea la necesidad de que el profesional de la psicología, durante el trascurso de su práctica clínica habitual y ante signos o síntomas disonantes, derive mediante un informe de interconsulta a atención primaria. Especialmente, a todos aquellos pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad que, además, presenten factores de riesgo cardiovascular (obesidad, diabetes, hipertensión, antecedentes familiares...) con el objetivo de descartar patologías orgánicas.

En el ámbito hospitalario, el papel del psicólogo sería doble: por una parte, deberían promover la concienciación del personal médico ante el posible sesgo diagnóstico al encontrarse con un historial clínico psiquiátrico y, en concreto para este caso, de ansiedad. Esto sería de suma importancia debido a que ambas condiciones (ataque de pánico y cardiopatías) comparten una sintomatología común y, como ya se ha visto (Emdin et al., 2016), existe una correlación significativa entre ellas. El objetivo desde la Psicología es que los facultativos, a pesar de la existencia de una historia clínica previa con episodios ansiosos, no basen su diagnóstico principalmente en esta información, sino que procedan a realizar las pruebas pertinentes con el fin de descartar cualquier patología orgánica, de acuerdo con el protocolo de los servicios de urgencia; y, por otra parte, se debería instar a los profesionales médicos que, tras el alta en el servicio de urgencias, se derive al facultativo especialista correspondiente para un estudio más pormenorizado y descartar posibles comorbilidades.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. *BMC Med*, 17, 133-137.
2. Celano, C. M., Daunis, D. J., Lokko, H. N., Campbell, K. A., & Huffman, J. C. (2016). Anxiety disorders and cardiovascular disease. *Current psychiatry reports*, 18(11), 101.
3. Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89.
4. De Cort, K., Hermans, D., Noortman, D., Arends, W., Griez, E. J. L., & Schruers, K. R. J. (2013). The Weight of Cognitions in Panic: The Link between Misinterpretations and Panic Attacks. *PLoS ONE*, 8(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070315>
5. Emdin, C. A., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J., & Hunn, B. H. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*, 118(4), 511-519.
6. Fleet, R., Dupuis, G., Marchand, A., Kaczorowski, J., Burelle, D., Arsenault, A., & et al. (1998). Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain. *J Psychosom Res*, 44, 81-90.
7. Fogle, C. C., Oser, C. S., Blades, L. L., Harwell, T. S., Helgersson, S. D., Gohdes, D., ... Dawson, D. E. (2004). Increasing employee awareness of the signs and symptoms of heart attack and the need to use 911 in a state health department. *Preventing Chronic Disease*, 1(3), 1-8.
8. Haberal, İ., Özsoy, D., & Gürkan Çetin, M. M. (2013). Panic Disorder or Acute Coronary Syndrome? *CausaPedia*, 2:426
9. Meuret, A. E., Rosenfield, D., Wilhelm, F. H., Zhou, E., Conrad, A., Ritz, T., & Roth, W. T. (2011). Do unexpected panic attacks occur spontaneously?. *Biological psychiatry*, 70(10), 985-991.
10. Mezzasalma, M., Valença, A., Lopes, F., Nascimento, I., Zin, W., & Nardi, A. (2004). Neuroanatomy of panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 26, 202-206.
11. Ociskova, M., Prasko, J., & Sedlackova, Z. (2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55(1-2), 12-18.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ATAQUES DE PÁNICO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RELACIÓN, ESTIGMA Y APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA

12. Pemberton, B. (2017). It wasn't a panic attack. *Midwives*, 20(1), 29
13. Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 37-50.
14. Soh, K. C., & Lee, C. (2010). Panic attack and its correlation with acute coronary syndrome-more than just a diagnosis of exclusion. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 39:197-202
15. Tully, P. J., Turnbull, D. A., Beltrame, J., Horowitz, J., Cosh, S., Baumeister, H., & Wittert, G. A. (2015). Panic disorder and incident coronary heart disease: a systematic review and meta-regression in 1 131 612 persons and 58 111 cardiac events. *Psychological medicine*, 45(14), 2909-2920.
16. Tully, P. J., Sardinha, A., & Nardi, A. E. (2017). A new CBT model of panic attack treatment in comorbid heart diseases (PATCHD): how to calm an anxious heart and mind. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 329-341.
17. Vidán, M. (2006). Capítulo 31: síndrome coronario agudo. In S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: IM&C.
18. Vural, M., Satiroglu, O., Akbas, B., Goksel, I., & Karabay, O. (2009). Coronary Artery Diseasein Association withDepression or Anxiety among Patients Undergoing Angiography to Investigate Chest Pain. *Texas Heart Institute Journal*, 36(1), 17.
19. Wulsin, L., Liu, T., Storrow, A., Evans, S., Dewan, N., & Hamilton, C. (2002). A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an emergency department chest pain center. *Ann Emerg Med*, 39, 139-143.