



Tratamientos basados en la evidencia para el TRASTORNO DE PÁNICO

Autora: Carmen Díaz González.
Psicóloga Clínica.
USMC Lucena. Servicio Andaluz de Salud.

Fecha de creación: mayo de 2008.

Última actualización: junio de 2010.

ISSN 2254-4046.

Índice:

A) Breve resumen de la evidencia.....	1
Ha demostrado claramente su eficacia:	1
Terapia cognitivo-conductual.....	1
La psicoterapia psicodinámica.....	3
Combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico	3
Antidepresivos.....	4
Algunos estudios sugieren que es eficaz:	6
Terapia cognitivo-conductual a través de Internet.....	6
Tratamiento cognitivo-conductual combinado con farmacoterapia	7
Antidepresivos.....	8
Benzodiacepinas añadidas a antidepresivos	8
Paroxetina versus Risperidona.....	9
Ejercicio.....	9
El cuidado colaborativo	9
No ha demostrado su eficacia:.....	10
B) Recomendaciones	12



A) Breve resumen de la evidencia

Ha demostrado claramente su eficacia:

Terapia cognitivo-conductual

- **Según meta-análisis, la terapia cognitivo conductual es tan eficaz como la farmacoterapia.**

Las estrategias de afrontamiento psicológico, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición y la combinación de tratamientos (psicológico y farmacológico) arrojaron los mejores resultados. Los antidepresivos son los más eficaces como intervención farmacológica.

Referencia: [J Consult Clin Psychol 1993 Apr; 61\(2\):317.](#)

- **La terapia cognitivo conductual es tan eficaz como los antidepresivos o benzodiacepinas en durante el tratamiento agudo.**

Meta-análisis de 106 estudios comparando distintos tratamientos para el trastorno de pánico.

Los antidepresivos, la terapia de control del pánico quizá explicar algo aquí, aunque luego se explica del todo, benzodiacepinas de alta potencia y los antidepresivos en combinación con la exposición en vivo eran superiores a la condición control (placebo o lista de espera).

La exposición en vivo por sí sola no es eficaz para los ataques de pánico. En cuanto a la evitación agorafóbica, todos los tratamientos fueron superiores a la condición control.

Al comparar los distintos tipos de tratamiento, no hubo diferencias en relación con los ataques de pánico. En cuanto a la agorafobia, la combinación de los antidepresivos con la exposición en vivo fue superior a los demás tratamientos. La combinación de los antidepresivos con la exposición en vivo es el más potente tratamiento a corto plazo del trastorno de pánico con agorafobia.

Referencia: [J Nerv Ment Dis 1997 Aug; 185\(8\):510.](#)

- **La terapia cognitivo conductual modificada para atención primaria y llevada a cabo por especialistas en medicina conductual parece aumentar las tasas de respuesta y remisión.**

232 pacientes de atención primaria con criterios DSM-IV para el trastorno de pánico fueron asignados al azar a la atención habitual frente a la terapia cognitivo conductual modificada para atención primaria más farmacoterapia (la terapia cognitivo conductual consistió en 6 sesiones durante 12 semanas más 6 contactos telefónicos durante 9 meses, la farmacoterapia estaba basada en algoritmo).



La comparación de la atención habitual frente a la terapia de combinación: las tasas de remisión fueron del 12% frente a 20% a los 3 meses (NNT 13) y 16% vs. 29% a los 12 meses (NNT 8); las tasas de respuesta fueron 27% vs. 46% a los 3 meses (NNT 6) y 38% vs. 63% a los 12 meses (NNT 4); ambos grupos recibieron tasas similares de medicación.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2005 Mar; 62\(3\):290.](#)

- **La terapia cognitivo-conductual parece más eficaz que la terapia de relajación para el trastorno de pánico con agorafobia.**

Meta-análisis de 5 ensayos aleatorios que comparan la terapia cognitiva conductual frente a la relajación en pacientes con trastorno de pánico con agorafobia.

Comparando la terapia cognitiva conductual frente a la terapia de relajación:

El porcentaje de pacientes con cambios clínicamente significativos en el post-tratamiento fue del 72% frente a 50% ($p = 0,004$, NNT 5).

La tasa de abandonos del 12% vs. 14% (no significativo).

Referencia: [J Consult Clin Psychol 2007 Aug; 75\(4\):513.](#)

- **La Terapia para el Control del Pánico (TCP) está asociada a una mejoría de los resultados.**

La PCT es una terapia cognitivo-conductual con 5 componentes:

1. La educación - la descripción de los modelos de ansiedad, que incluyen síntomas físicos, cogniciones y comportamientos.
2. Intervención cognitiva - cambiar pensamientos de inadaptación que ocurren antes, durante y después del pánico.
3. Relajación.
4. Respiración controlada.
5. Técnicas de la exposición - destacar sentimientos físicos asociados con el ataque de pánico, se denomina exposición interoceptiva.
6. Ensayo aleatorio en 80 pacientes con trastorno de pánico, asignados a PCT vs. tratamiento habitual. Los pacientes asignados a PCT que completaron la terapia obtuvieron mejores resultados clínicos, menor severidad del pánico y menor evitación fóbica.

Referencia: [J Consult Clin Psychol 2006 Apr; 74\(2\):377.](#)



La psicoterapia psicodinámica

- **La psicoterapia psicodinámica parece más eficaz que el entrenamiento en relajación.**

Ensayo aleatorio, con 49 adultos con edades comprendidas entre 18-55 años con trastorno de pánico (con o sin agorafobia, con o sin depresión) fueron asignados al azar a psicoterapia psicodinámica centrada en el pánico frente al entrenamiento en relajación.

La psicoterapia psicodinámica exploró conflictos psicodinámicos en relación con el trastorno de pánico. El entrenamiento en relajación usó relajación muscular progresiva y luego exposición gradual a la ansiedad. Ambos tratamientos fueron de 24 sesiones, dos veces por semana durante 12 semanas.

15% de pacientes asignados a psicoterapia de grupo frente a un 47% de pacientes asignados a relajación en grupo eran varones ($p < 0,05$), esta diferencia no pareció afectar estadísticamente a los resultados.

La comparación de psicoterapia psicodinámica vs. relajación.

7% vs. 34% abandonaron ($p = 0,03$, NNT 4).

73% frente a 39% tasa de respuesta definida como reducción del 40% en la puntuación de gravedad ($p = 0,016$, NNT 3).

A pesar del pequeño tamaño de la muestra de este ensayo, ha demostrado la eficacia preliminar de la psicoterapia psicodinámica centrada en pánico para el trastorno de pánico.

Referencia: [Am J Psychiatry 2007 Feb; 164\(2\):265.](#)

Combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico

- **La psicoterapia psicodinámica breve puede reducir la necesidad de medicación a largo plazo.**

Un ensayo aleatorio, con 40 pacientes con trastorno de pánico (la mayoría con agorafobia) asignados al azar a la clomipramina durante 9 meses frente a la clomipramina durante 9 meses más psicoterapia dinámica semanal, en 15 sesiones.

El 75% del grupo asignado a clomipramina vs. 20% del grupo clomipramina más psicoterapia había recaído 9 meses después de suspenderse la clomipramina.

La adición de la psicoterapia dinámica breve al tratamiento con clomipramina reduce significativamente la tasa de trastorno de pánico en comparación con el tratamiento de clomipramina sólo.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 1996 Aug; 53\(8\):689.](#)



- **La combinación de psicoterapia y antidepresivos puede ser más eficaz que cualquiera de los dos por sí solo para el tratamiento del trastorno de pánico.**

Revisión sistemática de 21 ensayos aleatorizados comparando la combinación de psicoterapia y antidepresivos con otras monoterapias en 1709 adultos con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

La mayoría de los estudios evalúan la terapia conductual o terapia cognitivo-conductual. 12 ensayos utilizan la terapia conductual (que consiste en la exposición más el entrenamiento en respiración y / o ejercicios de relajación), 9 ensayos utilizan la terapia cognitivo-conductual, 1 ensayo utiliza la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal, y 1 ensayo utiliza psicoterapia psicodinámica. No se utilizaron ensayos con terapia cognitiva únicamente.

La mayoría de los ensayos utilizan antidepresivos tricíclicos (ATC) o inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS): 14 ensayos utilizan ACT, 7 utilizan ISRS, y 2 utilizan inhibidores de la monoamino oxidasa.

La combinación de la psicoterapia más antidepresivos es más eficaz que los antidepresivos solos. A los 2-4 meses el 58% de pacientes con psicoterapia más antidepresivos tuvieron una mejoría frente al 48% de pacientes con antidepresivos, (NNT 10). A los 6-24 meses después de suspender el tratamiento el 46% de los pacientes con psicoterapia más antidepresivos mantenían la mejoría frente al 28% con antidepresivos, (NNT 6). Al final de la terapia el 55% de pacientes con psicoterapia más antidepresivos frente al 46% de pacientes con psicoterapia mantuvieron la mejoría (NNT 11).

Pero no hubo diferencia entre psicoterapia y antidepresivos y psicoterapia únicamente a los 6-24 meses después de suspender el tratamiento (38% frente a 40%).

O bien las terapias combinadas, o la psicoterapia sola, puede ser elegida como primera línea de tratamiento para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, dependiendo de la preferencia del paciente.

Referencia: Revisión Sistemática actualizada por última vez el 9 de septiembre de 2006 [Cochrane Library 2007 Issue 1:CD004364](#).

Antidepresivos

- **Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS).**

Meta-análisis de 32 ensayos controlados, encuentran que los ISRS son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos o el alprazolam; la fluoxetina parece ser menos tolerada debido a los efectos secundarios de la ansiedad y la agitación.

Referencia: J Clin Psiquiatría 1996, 57 (Suppl 10): 51 en QuickScan comentarios en Fam Pract 1997 May; 22 (2): 16.



- **Fluoxetina.**

Ensayo controlado con 243 pacientes asignados aleatoriamente a fluoxetina vs. placebo, durante 10 semanas en tratamiento agudo, y mantenimiento de 24 semanas; la fluoxetina 20 mg / día, redujo significativamente los ataques de pánico, la ansiedad y los síntomas depresivos; la fluoxetina 10 mg / día no fue significativamente diferente que el placebo para la mayoría de estas medidas.

Referencia: [Am Fam Physician 1999 Apr 1; 59\(7\):1924.](#)

- **Sertralina.**

Ensayo aleatorizado controlado con placebo de 168 pacientes; la sertralina comenzó a dosis de 25 mg / día con una rápida respuesta terapéutica, la mayoría de las dosis eficaces estaban entre 50 y 200 mg / día, el 9% abandonaron el estudio debido a efectos secundarios; los eventos adversos más comunes fueron el 33% náuseas, el 24% diarrea, el 19% sequedad de boca, el 11% fracaso en conseguir la eyaculación, el 10% disminución de la libido.

Referencia: [Am Fam Physician 1999 Feb 15; 59\(4\):1013.](#)

- **Sertralina.**

Estudio aleatorio controlado con placebo de 176 pacientes no depresivos durante 10 semanas; la sertralina lleva a una mayor reducción de la frecuencia de ataques de pánico, sin diferencias significativas en la incidencia global de efectos adversos, pero se sugiere iniciar el tratamiento con 25 mg al día para reducir al mínimo el abandono relacionado con los efectos secundarios.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 1998 Nov; 55\(11\):1010.](#)

- **Citalopram.**

Ensayo controlado con 279 pacientes asignados al azar a citalopram 10-15 mg / día frente a 20-30 mg / día frente a 40-60 mg / día frente a 60-69 mg / día frente a placebo durante 12 meses; el citalopram en todas las dosis aumenta significativamente la tasa de respuesta en comparación con el placebo.

Referencia: [J Clin Psychiatry 1998 Oct; 59\(10\):528.](#)

- **Venlafaxina de liberación prolongada.**

Puede tener eficacia a corto plazo. 361 adultos ambulatorios con trastorno de pánico asignados al azar a venlafaxina de liberación prolongada 75-225 mg / día frente a placebo durante un máximo de 10 semanas. La venlafaxina está asociada con una frecuencia media menor de ataques de pánico, menor tasa de síntomas limitados de ataques de pánico, una mayor respuesta y tasas de



remisión, y mejoras en la ansiedad anticipatoria, el miedo y la evitación. En conclusión la venlafaxina de liberación prolongada parece ser efectiva y bien tolerada en el tratamiento a corto plazo del trastorno de pánico.

Referencia: [Br J Psychiatry 2005 Oct; 187:352.](#)

Algunos estudios sugieren que es eficaz:

Terapia cognitivo-conductual a través de Internet

- **Los tratamientos cognitivos conductuales por Internet (TICs) tenían mayor efecto en comparación con la lista de espera y placebo y ninguna diferencia en comparación con el tratamiento habitual.**

Un meta-análisis evaluó diferentes tratamientos cognitivo-conductuales por Internet (TICs), consistente en componentes psicoeducativos, cognitivos y conductuales.

Algunos TICs se basaban únicamente en la exposición indirecta o modelado, siendo el número medio de sesiones entre 4,2 y 7,8. Las condiciones de control fueron la lista de espera, el tratamiento habitual (terapia cognitivo-conductual llevada a cabo por terapeuta) o un placebo. Los participantes presentaban diferentes condiciones de ansiedad (de generalizada subclínica o niveles clínicos; trastorno de estrés post-traumático (TEPT), trastorno de pánico, fobias específicas, fobia social, y estrés.).

Referencia: Reger M A, Gahm G A A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. [Database of Abstracts of Reviews of Effects \(DARE\) \(2009\).](#)

- **Un ensayo controlado aleatorio (ECA) con datos provenientes de un solo centro.**

Examinó la relación coste-eficacia de la auto-exposición por ordenador, utilizando el sistema FearFighter, en comparación con la exposición dirigida por el clínico, y la relajación en el trastorno de pánico o la fobia ,concluye que FearFighter fue tan eficaz como la exposición y más barato que el dirigido por el clínico.

La muestra incluyó a 90 pacientes, 36 seleccionados al azar al grupo de FearFighter, 36 al grupo dirigido por el clínico, y 18 al grupo de relajación.

Debido a las limitaciones de su estudio, los resultados deben considerarse con precaución y es necesaria investigación adicional.

Referencia: McCrone P, Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, McDonough M. [Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: a pilot economic evaluation.](#) NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) (2009).



- **La terapia cognitiva conductual a través de Internet puede ser eficaz.**

Ensayo aleatorio, con 60 pacientes con trastorno de pánico asignados al azar a la terapia cognitivo-conductual a través de Internet (con un mínimo de contacto vía e-mail con terapeuta, con tareas necesarias para progresar a través de los módulos) versus lista de espera durante 10 semanas.

Se hicieron llamadas telefónicas durante 10 minutos semanales, el tiempo medio total dedicado a cada paciente fue de 3,9 horas en el transcurso de 10 semanas.

Los pacientes tratados mejoraron en todos los resultados medidos (interpretaciones corporales, cogniciones desadaptativas, evitación, el nivel general de ansiedad, depresión, calidad de vida), y estos beneficios se mantenían a los 9 meses.

El 77% de pacientes tratados frente al 0% de los controles ya no cumplen los criterios de trastorno de pánico al final del tratamiento (NNT 2).

Este estudio proporciona evidencias para apoyar el uso de tratamiento a través de Internet con la incorporación de breves llamadas telefónicas semanales para tratar el trastorno de pánico.

Referencia: [Am J Psychiatry 2006 Dec; 163\(12\):2119.](#)

Tratamiento cognitivo-conductual combinado con farmacoterapia

- **Ensayos controlados aleatorios (ECAs) evaluaban Tratamiento cognitivo-conductual (TCC) combinado con la farmacoterapia para el tratamiento de los adultos (18 a 65 años), diagnosticados mediante (DSM)-III-R o DSM -IV para trastornos de ansiedad.**

Los resultados significativos en el meta-regresión fueron: TCC más farmacoterapia mejora el trastorno de pánico (Hedges 'g 0,99, IC del 95% 0,26 a 1,71) y trastorno de ansiedad generalizada (Hedges' g 0,81, IC 95%: 0,18 a 1,44) y sólo benzodiazepinas más TCC fueron más eficaces que el placebo (Hedges 'g 1,28, IC del 95%: 0,90 a 1,66); y el tamaño del efecto de la TCC más farmacoterapia disminuyó con el aumento el año de publicación ($p = 0,003$).

No obstante los resultados deben ser tratados con precaución ya que no hay dos estudios que evaluaron la misma combinación del espectro de pacientes, la medicación, y el resultado. Los ensayos incluyen pacientes con una variedad de trastornos, tratados con una variedad de medicamentos, y se miden los resultados en términos de tipos de rituales, desaparición de ataques de pánico, o una variedad de escalas.

Referencia: Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review [Database of Abstracts of Reviews of Effects \(DARE\) \(2010\).](#)



Antidepresivos

- **Los ISRS y los antidepresivos más antiguos (incluyendo la imipramina) parecen tener una eficacia similar y tolerancia en pacientes con trastorno de pánico, basado en comparaciones de los tamaños del efecto, de metanálisis separados.**

Un análisis de efectos de estudios controlados de los tratamientos para el trastorno de pánico no reveló diferencias significativas entre los ISRS y los antidepresivos más antiguos en términos de eficacia o tolerancia en ensayos a corto plazo. Se hizo evidente una relación inversa entre el tamaño de la muestra y el tamaño del efecto de los ISRS. Los primeros estudios de muestras pequeñas pueden haber dado lugar a sobreestimaciones iniciales de la eficacia de los ISRS para el trastorno de pánico.

Referencia: [Am J Psychiatry 2001 Dec; 158\(12\):1989.](#)

- **Antidepresivos tricíclicos: la imipramina reduce las tasas de recaída y mejora los síntomas.**

La Imipramina (hasta 225 mg / día) como terapia de mantenimiento durante 8 meses provoca una modesta reducción del número de ataques de pánico en comparación con el placebo en un ensayo aleatorio de 181 pacientes.

Referencia: [J Psychiatr Res 1993; 27\(Suppl 1\):127.](#)

- **La Imipramina reduce las tasas de recaída durante la terapia de mantenimiento.**

56 adultos con trastorno de pánico y agorafobia en remisión estable después de imipramina oral durante 24 semanas fueron aleatorizados a imipramina 2,25 mg / kg / día frente a placebo durante 12 meses, se observó un 3,4% de tasa de recaídas en pacientes con imipramina frente a un 37% con placebo (NNT 5, IC del 95%: 3-14).

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 1999 Sep; 56\(9\):821.](#)

Benzodiacepinas añadidas a antidepresivos

- **La adición de clonazepam a la sertralina conduce a una mejora más rápida de los síntomas de pánico.**

Ensayo controlado con 50 pacientes con trastorno de pánico en tratamiento con sertralina durante 12 semanas asignados al azar a clonazepam vs. placebo (como tratamiento añadido a la sertralina) durante 4 semanas.

Las tasas de abandono fueron similares en los dos grupos (25% vs. 38%, diferencia no estadísticamente significativa). La tasa de respuesta inmediata fue mayor para el grupo asignado a clonazepam (41% vs. 4% en 1 semana, $p = 0,003$, NNT 2,7, 63% vs. 32% a las 3 semanas $p = 0,05$, NNT 3,2). No hubo diferencia significativa en las tasas de respuesta después de 3 semanas.



Estos datos indican de la rápida estabilización de los síntomas de pánico puede ser conseguida con una combinación de sertralina / clonazepam, lo que apoya la utilidad clínica de este tipo de tratamiento para facilitar la rápida mejoría de los síntomas de pánico en relación con la sertralina sola.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2001 Jul; 58\(7\):681.](#)

Paroxetina versus Risperidona

- **Estudio doble ciego randomizado no identifica ninguna diferencia en la eficacia de la paroxetina y la risperidona en dosis bajas en el tratamiento de ataques de pánico.**

Risperidona en dosis bajas parece que se tolera igualmente bien como la paroxetina. Risperidona en dosis bajas puede ser un tratamiento efectivo para los trastornos de ansiedad en el que los ataques de pánico son un componente importante.

Referencia: Prosser JM, Yard S, Steele A, Cohen LJ, Galynker II. [A comparison of low-dose risperidone to paroxetine in the treatment of panic attacks: a randomized, single-blind study.](#) BMC Psychiatry. 2009 May 26; 9:25.

Ejercicio

- **Ensayo aleatorio con 46 pacientes con trastorno de pánico. El ejercicio aeróbico puede ser más eficaz que el placebo, pero menos eficaz que la clomipramina para reducir los síntomas de ansiedad en 10 semanas.**

Estos resultados sugieren que el ejercicio aeróbico regular por sí solo, y en comparación con el placebo, se asocia con una mejoría clínica significativa en pacientes que sufren de trastorno de pánico, pero que es menos eficaz que el tratamiento con clomipramina.

Referencia: [Am J Psychiatry 1998 May; 155\(5\):603.](#)

El cuidado colaborativo

- **El cuidado colaborativo mejora los resultados para pacientes con trastorno de pánico en atención primaria.**

115 pacientes con trastorno de pánico en clínicas de atención primaria asignados al azar al cuidado colaborativo (cintas de vídeo educativas y folletos, paroxetina, 2 visitas al psiquiatra y 2 llamadas telefónicas en las primeras 8 semanas, hasta 5 llamadas telefónicas a 3-12 meses) versus "atención habitual" por el médico de atención primaria. El cuidado colaborativo lleva a mayores probabilidades de recibir y adherirse adecuadamente a la medicación y había una mayor mejora en la ansiedad, la depresión y la discapacidad. Los efectos mayores se observaban a los 3 y 6 meses.



En comparación con los cuidados habituales, las intervenciones con cuidados colaborativos han mejorado significativamente tanto la calidad de la atención clínica como los resultados funcionales en pacientes con trastorno de pánico en atención primaria.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2001 Sep; 58\(9\):869](#) in JAMA 2001 Dec 19; 286(23); 2924.

- **El cuidado colaborativo basado en la atención telefónica está relacionado con la mejora de resultados en el trastorno de pánico y los trastornos de ansiedad generalizada en atención primaria.**

191 adultos, de edades entre 18 y 64 años, con pánico y / o trastorno de ansiedad generalizada, asignados al azar a cuidado colaborativo basado en el teléfono frente a la atención habitual.

La intervención consistió en que no profesionales de la salud mental proveían a los pacientes con psicoeducación, una evaluación de las preferencias del paciente, tratamiento y seguimiento de respuestas a través del teléfono; e información a los médicos de las preferencias del paciente y del progreso a través de un sistema de registro médico electrónico.

A los 12 meses, la intervención en los pacientes había reducido la ansiedad y síntomas depresivos, la mejora de la salud mental relacionada con la calidad de vida, el trabajo y un menor número de absentismo laboral.

Entre los pacientes, el 94% de intervención frente a un 79% de control estaban trabajando a los 12 meses ($p = 0,04$, NNT 7).

La atención telefónica basada en la colaboración para el trastorno por pánico y trastorno de ansiedad generalizada es más eficaz que la atención habitual para mejorar los síntomas de ansiedad.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2005 Dec; 62\(12\):1332](#), un comentario se pueden encontrar en [Am Fam Physician 2006 Jun 1; 73\(11\):2060](#).

No ha demostrado su eficacia:

- **No existen suficientes pruebas para evaluar los efectos clínicos de la psicoterapia combinada con benzodiazepinas para pacientes con trastorno de pánico.**

Revisión sistemática de tres ensayos dos ensayos (166 participantes) utilizaron una intervención de terapia conductual de 16 semanas y el tercero (77 participantes) una intervención de terapia cognitivo conductual de 12 semanas. La duración del seguimiento varió de 0 a 12 meses.

Referencia: Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. [Art. No.: CD005335](#).



- **Pruebas insuficientes para demostrar la superioridad de la combinación de la psicoterapia y de las benzodiazepinas sobre la monoterapia sola.**

Revisión sistemática de 2 ensayos aleatorizados de 16 semanas de duración, que comparaban la combinación de la psicoterapia más benzodiazepinas frente a monoterapia, en adultos con trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Seguimiento de 6-12 meses.

Las tasas de respuesta fueron: 31% (combinación de tratamientos) frente a 24,4% (monoterapia) durante el tratamiento agudo (no significativo); 20,2% frente a 25,6% al final del tratamiento (no significativo); 19% frente a 30,5% en 6-12 meses de seguimiento (no significativo).

Referencia: Revisión Sistemática actualizada por última vez el 14 de Mayo de 2007, [BMC Psychiatry 2007 May 14; 7:18](#).

- **Fármacos que parecen relativamente ineficaces para el trastorno de pánico.**

Ciertos antidepresivos: bupropion, trazodona, amoxapina.

Betabloqueantes como tratamiento primario, aunque pueden reducir los síntomas físicos como taquicardia y temblor.

La clonidina parece tener eficacia inicial, pero los efectos no se mantienen.

Referencia: [Bull Menninger Clin 1995 Spring; 59\(2 Suppl A\):A4](#).



B) Recomendaciones

Recomendaciones según la guía: "Anxiety disorders". Singapore Ministry of Health. Singapore: 2003 Nov. 69.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

A - Para el trastorno de pánico, los agentes de alta potencia como alprazolam y clonazepam son eficaces para conseguir un alivio rápido. Con la suspensión de estos agentes, sin embargo, los pacientes deben tener un seguimiento para evitar la recurrencia de los síntomas, ya que las tasas de recaída son muy elevadas, especialmente para agentes de acción más corta (Noyes et al., 1991). (Grado A, nivel Ib).

A - Casi todos los ISRS (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram, paroxetina) han documentado la eficacia en el tratamiento del trastorno de pánico (Otto et al, 2001). (Grado A, nivel Ib).

A – La imipramina es eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico. Una óptima dosis efectiva para el tratamiento es de 100 a 225 mg y debe ser continuada de 8 a 12 semanas ("El tratamiento contra las drogas de trastorno de pánico", 1992; Mavissakalian & Perel, 1989). (Grado A, Nivel Ia).

A – La clomipramina es eficaz para el trastorno por pánico a una dosis de 50 a 100 mg con una duración de 6 a 12 semanas (Cassano et al., 1988). (Grado A, Nivel Ia).

A – La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la psicoterapia de elección para el trastorno de pánico. Los posibles componentes de tratamiento para el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, son ("Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico", 1998; Clum, Clum, y Surls, 1993; Clark et al, 1994; Trull, Nietze, y principal, 1988):

- La psicoeducación.
- La exposición a los síntomas o situaciones.
- Reestructuración cognitiva.
- Reentrenamiento de la respiración.
- Seguimiento continuo del pánico (Grado A, Nivel Ia).