



25/05/2011 - Guías Clínicas 2011; 11 (49).

Autores:

- Ma^a Rosario Martínez Matías Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Francisco Alonso Gómez Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Francisco Javier Rodríguez Alcalá Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) C.S. Villarrubia de los Ojos. Ciudad Real. España.

(2) C.S. Daimiel 1. Ciudad Real. España.

(3) Director Médico Hospital Provincial de Toledo. España.

Información:

Elaborada con opinión de expertos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Tabla de contenidos:

Índice	Más en Fisterra
→ ¿De qué hablamos?	• Puede existir un documento más completo o actualizado sobre este tema en Fisterrae [Comparación Fisterra/ Fisterra-e] [Acceso a Fisterra-e]
→ ¿A quién afecta?	• Fisterra en soporte papel [Libro: Guías para la consulta de Atención Primaria]
→ ¿Cómo lo diagnosticamos?	• Material para pacientes [FisterraSalud]
→ ¿Cómo se trata?	
→ Bibliografía	

¿De qué hablamos?

- Enfermedad cuya principal manifestación es la aparición brusca, inesperada y con frecuencia, desbordante de un sentimiento de terror y aprensión (miedo a morir, enloquecer o enfermar gravemente) acompañado de síntomas somáticos como disnea, palpitaciones y vahídos (Victor I, 1998).
- Los síntomas de las crisis suelen alcanzar un máximo de intensidad en menos de 10 minutos, resolviéndose en 20-30 minutos (Victor I, 1998; Saeed SA, 1999; Vanin JR, 1999).
- Estas crisis, al repetirse periódicamente ocasionan en el paciente una gran limitación en el desarrollo de sus actividades diarias por el miedo a padecer un nuevo episodio, creando una ansiedad anticipatoria (Victor I, 2006).
- Muchos de estos pacientes presentan, además de los episodios agudos de pánico, un síndrome de agorafobia: presencia de múltiples y variados temores centrados fundamentalmente alrededor de tres aspectos: miedo a abandonar el hogar, miedo a quedarse solo o miedo a encontrarse lejos del hogar. Se trata de situaciones en las que se sientan atrapados, molestos o indefensos. Estas situaciones se evitan por miedo a que aparezca una crisis de angustia, lo que les lleva a limitar cada vez más sus actividades. No obstante, también se tiende a diagnosticar la agorafobia como entidad clínica en sí misma, pudiéndose recurrir a ella como entidad diagnóstica aún en ausencia de crisis de angustia (Agorafobia sin trastorno de pánico-F40.00).

¿A quién afecta?

La prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 1 y el 3% de la población general. Se calcula que aproximadamente el 3 al 8 % de los pacientes atendidos en Atención Primaria cumplen criterios para su diagnóstico (Katon W, 2006). Genera una fuerte demanda sanitaria, siete veces mayor a la del resto de la población (Goncalves F, 2003).

La edad media de comienzo más frecuente es la adolescencia tardía y los primeros años de la 3ª década de la vida. Presenta por lo tanto una distribución bimodal en cuanto a la edad de inicio. La incidencia es mayor en mujeres, 2/1 respecto a varones.

Con frecuencia existe comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas como depresión (30-50%) o alcoholismo (35%). Alrededor de un 20% realizan un intento de suicidio, siendo precisamente las dos enfermedades citadas las que más incrementan el riesgo respecto a pacientes que padecen trastorno de pánico sin otra comorbilidad. También puede aparecer en el transcurso de diversas enfermedades médicas (UETS, 2008).

Son grandes demandantes de los servicios de salud, siendo frecuente que tarden en ser diagnosticados de forma precisa varios años.

¿Cómo lo diagnosticamos?

Los factores de riesgo y precipitantes del ataque de pánico pueden ser tanto biológicos como ambientales. En cuanto a los primeros, hay que destacar los datos genéticos: datos en gemelos uni y bivitelinos; ocho veces mayor incidencia en familiares de primer grado de pacientes que ya presentan este trastorno en comparación con la población general (Katon WJ, 2006).

El diagnóstico específico de Trastorno de Angustia o de Pánico debe ser considerado siempre en aquellos pacientes que acuden a centros de salud o servicios de urgencias con síntomas vegetativos de etiología orgánica desconocida.

Inicialmente, es necesario un examen físico y la recogida de la historia clínica. Algunas patologías médicas que pueden, bien ocasionar, o bien semejar con sus manifestaciones, un ataque de pánico: Hiper e hipotiroidismo, asma, algunas arritmias cardíacas, feocromocitoma, excesivo consumo de cafeína o estimulantes, abstinencia al alcohol, dosis altas de corticoesteroides.

Se diagnosticará un trastorno de angustia cuando se cumplan los siguientes criterios (300.01 del DSM IV TR) (UETS, 2008).

A. Presencia de 1 y 2:

1. Crisis de pánico recurrentes e inesperadas caracterizadas por un periodo discreto de miedo intenso o malestar, en el cual 4 (o más) de los siguientes síntomas se desarrollan rápidamente y alcanzan un máximo en un tiempo de alrededor de 10 minutos:

<i>Síntomas autonómicos</i>	<i>Síntomas en el pecho y abdomen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpitaciones. ▪ Sudoración. ▪ Temblores o sacudidas de los hombros. ▪ Sequedad de boca. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para respirar. ▪ Sensación de ahogo. ▪ Dolor o malestar en el pecho. ▪ Náuseas o malestar abdominal.
<i>Síntomas relacionados con el estado mental</i>	<i>Síntomas generales</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. ▪ Despersonalización o desrealización. ▪ Miedo de perder el control, volverse loco o muerte inminente. ▪ Miedo a morir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofocos o escalofríos. ▪ Sensación de entumecimiento u hormigueo.
<i>Síntomas de tensión</i>	<i>Otros síntomas no específicos</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión muscular o dolores y parestesias. ▪ Inquietud y dificultad para relajarse. ▪ Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental. ▪ Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos. ▪ Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad. ▪ Irritabilidad persistente. ▪ Dificultad para conciliar el sueño.

2. Al menos una de las crisis ha sido seguida durante al menos 1 mes de 1 o más de los siguientes síntomas:

- Miedo persistente a tener una nueva crisis.
 - Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o de sus consecuencias (perder el control, tener una crisis cardiaca o volverse loco).
 - Un cambio en la conducta significativo y relacionado con las crisis.
- B. Presencia/Ausencia de agorafobia (para consignar el subtipo).
- C. Las crisis de pánico no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- D. Las crisis de pánico no son debidas a otra enfermedad mental.

¿Cómo se trata?

Tratamiento inmediato

El tratamiento debe ir encaminado a disminuir el nivel de ansiedad, para ello utilizamos [alprazolam](#) 0.5-1 mg sublingual que se puede repetir a los 15-20 minutos si es preciso. Además se usarán medidas de información, conductuales y de apoyo, (tranquilizar e informar al paciente en ambiente tranquilo, técnicas de relajación...). El conocimiento del paciente sobre la ausencia de hallazgos orgánicos y la psicogénesis de su trastorno puede aliviar su temor a padecer una enfermedad grave y por lo tanto a una muerte inminente.

Tratamiento de mantenimiento

Incluye dos grandes campos: farmacoterapia y psicoterapia. A corto plazo, el tratamiento combinado es más efectivo pero a largo plazo, es tan efectivo como la psicoterapia sola y más efectivo que el tratamiento con antidepresivos solos. Se debe elegir por tanto como tratamiento de primera línea el tratamiento combinado o la terapia cognitivo-conductual, en función de las preferencias del paciente. (Furukawa TA, 2008).

1. Farmacoterapia

- I. [Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina](#) (ISRS) (Davidson JR,1997; Jefferson JW, 1997; Ham P, 2005):
 - Fármacos de primera elección.
 - Tienen importantes efectos antidepresivos y acciones ansiolíticas, por tanto mejoran los síntomas y disminuyen la frecuencia de las crisis.
- II. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina. [Venlafaxina](#). Aunque no está registrada dicha indicación en la ficha técnica de este fármaco, existen diversos estudios que recomiendan su uso cuando el tratamiento inicial con ISRS no ha sido efectivo (Lydiard RB, 2004; APA, 2009; Goncalves F, 2003).
- III. [Benzodiacepinas](#) (BZD):
 - No son fármacos de primera línea.
 - Se usan en la fase aguda por su rapidez de acción y en las primeras semanas del tratamiento conjuntamente con antidepresivos (Saeed SA, 1998; Vanin JR, 1999; Bernad JM, 1999; UETS, 2008).
 - Deben usarse con precaución por su alto riesgo de dependencia.
 - Reducirlos gradualmente para evitar el síndrome de abstinencia.
 - No usar en pacientes con historia de abuso de sustancias.
 - Las más utilizadas: [alprazolam](#) (preferentemente en su presentación retard para el tratamiento de mantenimiento) (Tabla 3), [clonazepam](#) [Inicio: 0,25-0,5 mg/8 horas; mantenimiento: 1-3 mg/día], [lorazepam](#) [Inicio: 0,5-1 mg/8 horas; mantenimiento: 2-6 mg/día]. No está clara la ventaja de la utilización de la vía sublingual del [alprazolam](#) y el [lorazepam](#) con respecto a la vía oral (UETS ,2008).
 - Reducción gradual: 20% cada 15 días (Bernad JM, 1999).
- IV. [Antidepresivos tricíclicos](#) (ADT) (Ham P, 2005; Jefferson JW, 1997; Katerndahl DA, 2000):
 - Similar eficacia a los anteriores.
 - Menor uso por sus efectos secundarios cardiovasculares y anticolinérgicos. En los últimos años su uso es muy poco frecuente por este motivo.

Se recomienda comenzar con dosis bajas, inferiores a las usadas en el tratamiento de la depresión, y subirlas de forma gradual hasta alcanzar el efecto terapéutico deseado (Tabla 2). Estos fármacos *tardan en actuar entre 4 a 6 semanas* por lo que durante este periodo es *recomendable mantener al paciente con ansiolíticos como las benzodiacepinas* (Tabla 3) (Saeed SA, 1998; Vanin JR, 1999; Bernad JM, 1999).
- V. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):
 - Se reservan para casos resistentes a otros tratamientos. Un recurso inusual. En la práctica

clínica en nuestro medio no se utilizan apenas desde hace años, si bien sigue haciéndose referencia a ellos en los libros de texto.

- Mayor precaución en su uso por el riesgo de crisis hipertensivas y la necesidad de restricciones dietéticas (Saeed SA, 1998; Vanin JR, 1999; Bernad JM, 1999).

		Dosis inicial recomendada (mg)	Rango terapéutico (mg/día)*
ISRS	Fluoxetina	5-10	20-80
	Fluvoxamina	25-50	50-300
	Paroxetina **	10	20-50
	Sertralina	25	50-200
	Citalopram	10	10-30
	Escitalopram	10	10-30
ISRS Y NA	Venlafaxina	18.75-37.5	150-300
ADT	Imipramina ***	10	50-300
	Clomipramina	10	25-250
	Amitriptilina	10	10-150

* Reducción gradual: ISRS: 30% cada 15 días; ADT: 25 mg cada 15 días.
 ** La dosis de máxima eficacia son 40 mg/día. Contraindicada en menores de 18 años.
 *** Imipramina: ir subiendo 10 mg/día cada 2-3 días hasta alcanzar efecto.

Día	Dosis diaria	Desayuno	Comida	Cena
1º y 2º	1.5 mg	0.5	0.5	0.5
3º y 4º	2.0 mg	0.5	0.5	0.5
5º y 6º	2.5 mg	1	0.5	1
7º y siguientes	3.0 mg	1	1	1
Si no desaparecen las crisis seguir aumentando:				
3ª semana	4.5 mg	1.5	1.5	1.5
Si no desaparecen las crisis seguir aumentando:				
4ª semana	6 mg	2	2	2
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la dosis hasta la desaparición total de la crisis. Dosis máxima recomendable 10 mg Reducción gradual máxima de 0.5 mg de alprazolam cada semana. Alternativa: alprazolam retard 0.5 mg/12 h. Dosis habitual de mantenimiento: 5-6 mg/día. 				

Cuando no existe respuesta al tratamiento con un ISRS a dosis efectivas, puede intentarse, cambiar a otro ISRS, asociar ATC (Tiffon L, 1994). Cuando se sustituyen fármacos normalmente administramos los dos tratamientos conjuntos durante algunas semanas, pautando de forma ascendente y gradual el segundo fármaco para disminuir y retirar el primero en 2-4 semanas (Lydiard RB, 2004).

Otras alternativas farmacológicas (Lydiard RB, 2004):

- [Gabapentina](#) (de 600 a 2.400 mg/día), tras dos fracasos terapéuticos con ISRS (Chiu S,

2003).

- [Mirtazapina](#) (15-30 mg), existen diversos estudios que parecen demostrar su utilidad en el trastorno de pánico (Lucas T, 2006) pero aún existen limitaciones por existir pacientes refractarios a este tratamiento y en relación a su tolerancia y seguridad.

El tratamiento se debe mantener entre seis meses y dos años después de la desaparición de las crisis de pánico con la dosis con la que se obtuvo la respuesta y reducir la dosis de forma progresiva (Saeed SA, 1998; Vanin JR, 1999; Bernad JM, 1999) (Tabla 2).

Son frecuentes las recidivas en estos pacientes. Si reaparece la sintomatología debe realizarse tratamiento de nuevo durante seis a doce meses (Bernad JM, 1999). Es aconsejable utilizar el tratamiento que había sido eficaz anteriormente.

2. **Psicoterapia: Terapia cognitivo-conductual TCC** (Ham P, 2005):

En los últimos años se han desarrollado programas psicoterapéuticos breves basados en la TCC, específicamente diseñados para atención primaria (UETS, 2008; Navarro-Mateu F, 2009).

Establecer y mantener una confianza terapéutica. Ofertar una disponibilidad por parte de los profesionales ya que en estos pacientes es frecuente el miedo a ser abandonados y las recaídas.

- Tranquilizar al paciente. Es muy importante que el paciente comprenda que sus sentimientos de miedo no son peligrosos y además son pasajeros. Podemos complementar nuestra actuación entregando consejos de actuación por escrito [[Consejos para el autocontrol en las crisis de pánico](#)].
- Asegurar el cumplimiento del tratamiento.
- Trabajar con los pacientes para conocer los signos precoces de la recaída.
- Educar a los miembros de la familia sobre actuación en futuras crisis.

Terapia conductual

- Ayudar al paciente a construir una lista de las situaciones que evita y a las que debe atribuir una puntuación según el grado de ansiedad experimentada.
- Uso de autorregistros de las crisis de angustia, donde escribirá emociones, pensamientos y comportamientos que lleva a cabo. Así pone en evidencia la relación de éstos durante la crisis.
- Entrenamiento en manejo de los síntomas, con enseñanza de técnicas de relajación y aprendizaje de ejercicios de respiración para manejar la hiperventilación.
- Técnicas de exposición progresiva:
 - En imaginación: hacerle imaginar una crisis y que vaya verbalizando todo lo que siente. Se le aconseja que no rechace la ansiedad, debe resistir para acostumbrarse y controlarla. Se prolonga hasta que la ansiedad disminuye en un 50%.
 - In vivo: se le incita a que acepte de forma gradual las situaciones que evita. Se discuten luego en cada sesión los progresos y dificultades y se lleva un registro de evaluación.

Terapia cognitiva

Reestructuración cognitiva. Modelo de entrenamiento para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios (UETS, 2008).

Otros tratamientos:

1. **Biblioterapia** (Katon WJ, 2006; Ham P, 2005)

La biblioterapia es definida como el uso guiado de la lectura con una función terapéutica y consiste básicamente, en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta. Se utilizan manuales donde se enseñan métodos fáciles de aprender y poner en práctica. Se considera este tipo de autoayuda como un método complementario y facilitador del tratamiento de los trastornos de ansiedad. La biblioterapia ha mostrado también su eficacia en el tratamiento de las crisis de pánico. En un estudio reciente, durante 8 semanas, pacientes con ataques de pánico son asignados a tres tipos de intervención: sólo biblioterapia, biblioterapia más contacto telefónico y sólo contacto telefónico. Tanto los individuos que recibieron biblioterapia como los que recibieron biblioterapia más contacto telefónico obtuvieron reducciones significativas en las percepciones de pánico y el miedo a sufrir una crisis de pánico; los que recibieron biblioterapia con contacto telefónico obtuvieron además reducciones significativas en los síntomas de pánico y anulación (Febbraro GA, 2005).

2. **Programas on line** (Pascual P,2001; UETS,2008)

Los destinatarios de este tipo de terapia pueden ser pacientes que, debido a algún tipo de aislamiento geográfico o personal (como agorafobia), tienen limitado el acceso a una consulta psicológica presencial.

Aún la evidencia es escasa y se necesitan ensayos clínicos con programas de fácil manejo y comparaciones con otros tipos de autoayuda, con placebo o con la TCC, individual o grupal, tanto a corto como a largo plazo.

Criterios de derivación

- Cuando exista dificultad o duda diagnóstica.
- Comorbilidad.
- Riesgo de suicidio.
- Clínica persistente de ansiedad.
- Síntomas muy incapacitantes.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2009. p. 90. doi: 10.1176/appi.books.9780890423905.154688. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/PracticePDFs/PanicDisorder_2e_PracticeGuideline.pdf
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA. 2000;283(19):2529-36. PubMed PMID: 10815116. [Texto completo](#)
- Bernad JM, Fernández LJ, Álava MV. Ansiedad. Tipos y tratamientos. En: Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Madrid: Trotta; 1999. p. 102-8. ISBN: 978-84-8164-339-8.
- Chiu S. Gabapentin treatment response in SSRI-refractory panic disorder [presentation]. San Francisco, CA: American Psychiatric Association annual meeting; 2003.
- Davidson JR. Use of benzodiazepines in panic disorder. J Clin Psychiatry. 1997;58 Suppl 2:26-8. PubMed PMID: 9078991
- Febraro GA. An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. J Clin Psychol. 2005;61(6):763-79. PubMed PMID: 15546141
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD004364. [Texto completo](#)
- Goncalves Estella F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Madrid: Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C); 2003. ISBN: 84-688-3615-X. [Texto completo](#)
- Ham P, Waters DB, Oliver MN. Treatment of panic disorder. Am Fam Physician. 2005;71(4):733-9. PubMed PMID: 15742911. [Texto completo](#)
- Jefferson JW. Antidepressants in panic disorder. J Clin Psychiatry. 1997;58 Suppl 2:20-4. PubMed PMID: 9078990
- Katerndahl DA. Symptom severity and perceptions in subjects with panic attacks. Arch Fam Med. 2000;9(10):1028-35. PubMed PMID: 11115203. [Texto completo](#)
- Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. N Engl J Med. 2006;354(22):2360-7. PubMed PMID: 16738272
- Lucas Taracena MT, Montañés Rada F. Uso de mirtazapina en el trastorno de pánico. Psiquiatr Biol. 2006;13(6):204-10. [Resumen](#)
- Lydiard RB. Romper el "circuito del miedo" en el trastorno de pánico resistente. Psiquiatr Biol. 2004;11(2):73-8.
- Navarro-Mateu F, Garriga Puerto A, Sánchez-Sánchez JA. Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. Aten Primaria. 2010;42(2):86-94. PubMed PMID: 19632004
- Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001;24(Supl 2):15-22. [Texto completo](#)
- Saeed SA, Bruce TJ. Panic disorder: effective treatment options. Am Fam Physician. 1998;57(10):2405-12, 2419-20. PubMed PMID: 9614411
- Tiffon L, Coplan JD, Papp LA, Gorman JM. Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients. J Clin Psychiatry. 1994;55(2):66-9. PubMed PMID: 8077156
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS n 2006/10. ISBN: 978-84-451-3155-8. [Texto completo](#)
- Vanin JR, Vanin SK. Blocking the cycle of panic disorder. Ways to gain control of the fear of fear. Postgrad Med. 1999;105(5):141-6; quiz 205. PubMed PMID: 10335325.
- Victor I. Trastornos Mentales. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Madrid: McGraw-Hill

Interamericana; 2006. p.2832-2834. ISBN-13:978-97-0105-165-8.